

Institut de Formation en Ergothérapie de CRÉTEIL
80 avenue du Général de Gaulle -94010 CRÉTEIL



**L'amélioration de la performance occupationnelle des enfants
présentant un trouble développemental de la coordination (TDC)
via le coaching parental grâce à l'approche OPC**

UE 6.5 S6 Mémoire d'initiation à la recherche réalisé en vue de l'obtention du Diplôme
d'État d'ergothérapeute

Juin 2025

Chaima KCHAOU

Sous la direction de **Pauline Descamps**

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée Chaima KCHAOU , étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil , le 30/05/25

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Chaima', with a large, stylized flourish extending from the end.

NOTES AUX LECTEURS

«Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné ».

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail d'initiation à la recherche.

Tout d'abord, je tiens à exprimer toute ma gratitude à Madame Pauline Descamps, ma maître de mémoire, pour son accompagnement bienveillant, sa disponibilité, ses conseils éclairés et son soutien constant tout au long de cette année. Merci pour sa rigueur, sa patience et la confiance qu'elle m'a accordé.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil, et plus particulièrement Madame Charlotte Ramajo, Madame Marine Legros et Madame Sandra Vaz, pour leur accompagnement méthodologique et leurs conseils précieux tout au long de ce travail.

Un immense merci aux ergothérapeutes qui ont généreusement accepté de participer à cette recherche, en partageant leur expérience avec sincérité et engagement.

Je tiens à exprimer tout mon amour et ma reconnaissance à mes chers parents et à mon mari adoré. Leur présence, leur patience, leur soutien inconditionnel et leurs encouragements constants ont été des piliers essentiels tout au long de ce parcours.

Je remercie aussi de tout cœur ma famille, ma belle-famille, ainsi que mes amies Ferial et Hajer, pour leur bienveillance, leurs encouragements et leurs mots toujours réconfortants.

Enfin, un grand merci à mes collègues et amies de l'IFE, Refka, Wafa et Imen, pour les moments de partage, les éclats de rire, le soutien mutuel et l'énergie positive tout au long de cette aventure.

« When families are viewed as partners in care,
outcomes improve for both children and caregivers. »

(Rosenbaum & Gorter, 2012)

TABLES DES MATIÈRES

Introduction :.....	1
Cadre exploratoire	3
I.Trouble Développementale de la Coordination (TDC) :	3
1.Évolution historique du concept :.....	3
2. Définition du TDC :	3
3. Prévalence du TDC :.....	4
4. Symptômes et diagnostic :	4
5. Comorbidités associées au TDC :	7
II. Conséquences du TDC :	7
1.Impact sur l'enfant :	7
1.1 Les occupations de l'enfant :.....	8
1.2 Développement des soins personnels chez l'enfant de 5 à 11 ans :.....	8
1.3 Conséquence du TDC sur la vie de l'enfant :	9
2.Impact sur la famille :.....	12
2.1 Vécu des parents :	12
2.2 Défis rencontrés par les parents :	12
2.3 Participation parentale dans l'intervention auprès des enfants :	13
III. Intervention pluridisciplinaire du TDC :	14
1.Parcours de soins des enfants atteints du TDC:.....	15
2.Evaluation du TDC :.....	15
3.Rôle des différents professionnels dans la prise en charge :	16
IV. Accompagnement en ergothérapie :	18
1.Définition de l'ergothérapie :	18
2.Approches utilisées en ergothérapie :.....	19
3.L'ergothérapie et l'enfant atteint de TDC :	20
4.Approches ergothérapeutiques utilisées auprès des enfants TDC :.....	20
5.Les apports de l'ergothérapie dans les soins personnels des enfants TDC :	22
6.Collaboration entre ergothérapeute et parents :.....	22
V. Problématique :	23
Cadre théorique et conceptuel :	24
I. La performance occupationnelle :	24
II. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) :.....	25
1.Définition du modèle conceptuel :	25

2. Les composantes du MCREO :	25
2.1 La personne :	25
2.2 L'occupation :	26
2.3 L'environnement :	26
III. Occupational performance coaching (OPC) :	26
1.Définition et principes de l'OPC :	26
2.Pratique centrée sur la famille :	27
3.Pratique centrée sur l'occupation :	28
4.Facilitation :	30
IV. Hypothèse :	30
Cadre expérimental :	32
I. Méthodologie de l'enquête :	32
1.Les objectifs de l'enquête :	32
2.La population :	33
3.L'outil d'investigation :	34
II. Résultats et analyse :	36
1.Présentation des ergothérapeutes et leurs parcours professionnels:	36
2.Présentation des résultats et leurs analyses :	37
2.1 Thème 1 : Impact du TDC sur la performance occupationnelle des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC dans les soins personnels :	37
2.2 Thème 2: L'utilisation de l'OPC dans la pratique des ergothérapeutes :	44
2.3 Thème 3: l'impact du coaching en performance occupationnelle sur l'amélioration de la performance occupationnelle au niveau des soins personnels chez les enfants âgés de 5 à 11 ans:	49
2.4 Thème 4: La différenciation de l'utilisation de l'OPC par les ergothérapeutes de celle d'autres professionnels intervenant auprès d'enfants atteints de TDC	52
2.5 Thème 5: une ouverture pour recueillir de nouveaux apports et suggestions :	53
III.Discussion :	54
1.Discussions des résultats en lien avec le cadre conceptuel :	54
2.Limites de l'étude :	58
3.Retour sur l'hypothèse :	59
4.Intérêts et apports de l'étude :	59
Conclusion :	60
Table des abréviations :	62
Listes des tableaux et des figures :	63
Références bibliographiques :	64
Annexes:	72

Introduction :

Les gestes qui semblent si simples pour un enfant ordinaire, comme copier un dessin, s'habiller seul ou manger proprement, représentent un véritable défi pour l'enfant atteint de trouble développemental de la coordination (TDC). Chaque mouvement exige une attention particulière, une coordination complexe et un effort constant. À chaque tâche, l'enfant lutte contre une lenteur déconcertante et une fatigue accrue, rendant les activités quotidiennes sources de frustration. Pour l'enfant atteint de TDC, ces gestes, qui paraissent automatiques pour ses pairs, ne le sont jamais. L'enfant masque souvent son handicap invisible derrière un désintérêt apparent pour les activités physiques ou manuelles, cherchant à éviter toute situation où ses difficultés deviendraient trop visibles (Vaivre-Douret, 2016).

Le TDC, également connu sous le nom de dyspraxie développementale, est un trouble neurodéveloppemental fréquent chez l'enfant, touchant environ 5 à 6 % des enfants d'âge scolaire, soit environ un enfant sur vingt (Inserm, 2019). Il se caractérise par des difficultés marquées dans la coordination motrice, affectant de manière significative les activités quotidiennes et scolaires. Bien que souvent perçu comme un trouble uniquement moteur, il touche également d'autres domaines du développement de l'enfant, et ses répercussions s'étendent bien au-delà des gestes maladroits (Vaivre-Douret, 2016).

Dans le cadre de mon parcours professionnel, tant en Tunisie, où j'ai eu l'opportunité de travailler avec des enfants atteints de TDC, qu'en France, lors de mon stage en pédiatrie, ce trouble a suscité de nombreuses interrogations et réflexions. J'ai pu observer des différences notables entre les deux pays, notamment en matière d'approche thérapeutique et de prise en charge. En Tunisie, l'accent est davantage mis sur des interventions médicalisées et rééducatives, tandis qu'en France, j'ai découvert des approches plus centrées sur l'occupation et la participation active de l'enfant et de sa famille. Cette approche occupationnelle a été une véritable révélation pour moi, m'ouvrant à de nouvelles perspectives en ergothérapie. Mon intérêt pour ces approches innovantes ne cesse de grandir, notamment en ce qui concerne l'implication des parents dans le processus thérapeutique et leur rôle dans le développement de l'autonomie de l'enfant.

Ces difficultés, bien qu'invisibles aux yeux des autres, impactent profondément le quotidien de l'enfant atteint de TDC, tant sur le plan scolaire que dans les AVQ. Face à ces défis constants, l'entourage, et plus particulièrement les parents, joue un rôle central dans l'accompagnement de l'enfant pour lui permettre de gagner en autonomie et en indépendance. Cependant, cette implication parentale soulève plusieurs questions : **quelles sont les conséquences du TDC sur le quotidien de l'enfant et de sa famille ? Quels défis ces enfants rencontrent-ils dans la réalisation de leurs soins personnels et en quoi ces difficultés influencent-elles leur autonomie ? Comment les parents peuvent-ils être**

soutenus dans cet accompagnement et quel rôle l'ergothérapie peut-elle jouer dans ce processus ?

Autant d'interrogations qui méritent d'être explorées pour mieux comprendre les enjeux liés à l'accompagnement des enfants atteints de TDC et les stratégies pouvant favoriser leur participation dans leurs activités quotidiennes.

Ce travail d'initiation à la recherche se structure en trois grandes parties. Il débute par une partie exploratoire, dans laquelle nous présentons le contexte et les éléments qui nous ont permis de construire notre question de recherche. Ensuite, une partie théorique vient poser les bases conceptuelles nécessaires à la formulation de notre hypothèse, en s'appuyant sur la littérature existante. La partie expérimentale expose quant à elle la méthodologie de l'enquête envisagée, avant de laisser place à la présentation des résultats recueillis et à leur analyse, en les confrontant aux apports théoriques. Enfin, ce mémoire se termine par une réflexion sur les limites, les intérêts et les perspectives de l'étude, avant de proposer une conclusion générale.

Cadre exploratoire

I. Trouble Développemental de la Coordination (TDC) :

1. Évolution historique du concept :

Divers termes ont été et sont encore utilisés pour désigner les troubles de la motricité intentionnelle, tels que la maladresse, l'apraxie développementale, la dyspraxie, la dyspraxie de développement, le trouble spécifique du développement moteur, le trouble de l'acquisition de la coordination, ou encore le trouble développemental de la coordination, parmi d'autres. Il est important de souligner que la terminologie de ce trouble a évolué au fil du temps (Vaivre-Douret, 2016).

Depuis 1900, plusieurs termes ont été employés pour décrire cette altération motrice, avec l'introduction du terme « dyspraxie » en 1961. L'avancement de la neuropsychologie a permis de différencier la dyspraxie de l'apraxie chez l'adulte, cette dernière étant associée à des lésions cérébrales acquises. Il est en effet essentiel de distinguer les troubles d'origine développementale de ceux résultant d'une lésion. L'apraxie est un trouble acquis qui empêche l'exécution de gestes précédemment appris, tandis que la dyspraxie développementale est un trouble inné caractérisé par des difficultés à acquérir de nouvelles tâches motrices ou des gestes inédits. Elle se manifeste par l'incapacité à avoir développé l'habileté nécessaire à l'âge approprié (Vaivre-Douret, 2008).

Depuis 1994, un consensus international recommande l'utilisation des termes le trouble d'acquisition de la coordination (TAC) ou Developmental Coordination Disorder (DCD) pour identifier les enfants présentant des déficits moteurs d'origine développementale (American Psychiatric Association, 1994). En 2015, la communauté internationale, avec la parution du DSM-5, a recommandé d'uniformiser l'appellation dans toutes les langues. Le terme trouble développemental de la coordination ou TDC remplace donc le TAC et il devrait être utilisé plutôt que le terme dyspraxie (Vaivre-Douret, 2016).

2. Définition du TDC :

Le trouble développemental de la coordination (TDC) est un trouble neuro-développemental lié au développement du cerveau. Il se manifeste de manière permanente par des difficultés significatives dans l'acquisition, la planification et l'exécution des habiletés motrices coordonnées. Ce trouble ne peut être exclusivement attribué à un retard mental global ni à une affection neurologique spécifique, qu'elle soit congénitale ou acquise (DSM-5, 2013).

La classification CIM-10 le définit comme un trouble développemental spécifique des fonctions motrices (Organisation Mondiale de la Santé, 2008). Ce trouble peut se présenter de manière isolée ou être associé à d'autres conditions, et les manifestations peuvent varier d'une personne à l'autre.

3. Prévalence du TDC :

Les estimations récentes de la prévalence du TDC s'appuient sur les définitions du DSM-4, puis du DSM-5 depuis 2013 (DSM-5, 2013), et utilisent principalement les échelles MABC (Movement Assessment Battery for Children) ou MABC-2 (Movement Assessment Battery for Children 2nd version) pour mesurer ce trouble. Pour déterminer ces pourcentages, le 5^e percentile du score du MABC est utilisé comme seuil d'interprétation de la performance motrice de l'enfant en fonction de son âge (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2019).

À l'âge scolaire, la prévalence varie de 1,8 % à 5,4 % lorsqu'on considère le 5^e percentile de la MABC comme critère indiquant une performance motrice significativement inférieure à la normale compte tenu de l'âge chronologique (Inserm, 2019).

Chez les enfants âgés de 5 à 11 ans, la prévalence du TDC est de 5 à 6 %, ce qui représenterait environ un à deux enfants par classe. Parmi les enfants de 7 ans, 1,8 % présentent un diagnostic de TDC grave et 3 % un diagnostic de TDC probable (Lingam et al., 2009). De plus, les garçons sont plus souvent affectés que les filles, avec un ratio de deux à sept garçons par fille (Inserm, p. 88).

4. Symptômes et diagnostic :

Le TDC se manifeste chez les enfants par des difficultés à apprendre, organiser, exécuter et ajuster leurs mouvements. Les enfants atteints de TDC ont du mal à acquérir de nouvelles habiletés motrices et s'appuient principalement sur la vision pour guider leurs actions, ce qui limite leurs compétences motrices à un niveau comparable à celui de jeunes enfants. Ils exécutent les mouvements de manière incohérente, répètent les mêmes actions malgré les échecs et ont des difficultés à prévoir et corriger leurs erreurs. Ces enfants font face à des défis particuliers lorsqu'ils essaient de trouver des solutions à des problèmes moteurs, et même des tâches motrices familières leur demandent souvent plus d'effort pour être réalisées. Ils ont aussi du mal à appliquer ce qu'ils ont appris d'une activité à l'autre, ce qui complique leur adaptation à de nouvelles situations. Par exemple, attraper une balle en mouvement ou esquiver d'autres joueurs dans un jeu peut être particulièrement difficile pour eux, car ces situations nécessitent une adaptation rapide à des environnements en constante évolution.

En conséquence, les enfants atteints de TDC paraissent souvent maladroits et ont du mal à apprendre et à exécuter de nouvelles tâches motrices. Ils rencontrent également des difficultés à automatiser certains gestes, c'est-à-dire à réaliser des actions sans y penser consciemment, comme nouer leurs lacets les yeux fermés en maîtrisant les étapes par cœur (Missiuna et al., 2011).

Ces difficultés quotidiennes dans les mouvements et l'apprentissage mènent naturellement à des observations concrètes de la part des parents dans le cadre familial et scolaire. D'une manière générale,

les parents rapportent le plus fréquemment les symptômes suivants (Crane et al., 2017) : L'enfant peut être maladroit. Il peut trébucher sans raison apparente et il peut faire tomber des objets (Bazin, n.d.)

-Il est souvent très fatigué à la fin de la journée.

-Il tentera d'éviter les tâches motrices, ayant tendance à s'isoler. Il peut avoir un mode de vie sédentaire (Missiuna et al., 2004).

-Lorsqu'il a acquis les compétences pour accomplir une tâche motrice, l'exécution des mouvements peut demeurer lente, maladroite et moins précise comparativement à ses pairs.

-Il peut avoir de la difficulté à faire les tâches du quotidien comme s'habiller, se brosser les dents, se moucher, se peigner les cheveux, attacher ses souliers, etc

-Il peut avoir de la difficulté à organiser son pupitre, son casier et ses cahiers (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2020a)

Le diagnostic du TDC commence lorsque des difficultés motrices persistantes sont observées au quotidien, incitant les parents à consulter un médecin ou un neuropsychologue. Seuls ces professionnels sont habilités à confirmer un diagnostic médical ou psychologique du TDC. Les informations fournies par les parents, l'entourage de l'enfant, ainsi que les évaluations réalisées par un ergothérapeute ou un psychomotricien, sont essentielles pour aider le médecin à établir ce diagnostic. L'évaluation initiale, menée par un ergothérapeute spécialisé dans le développement de l'enfant et l'analyse des activités, vise à identifier les besoins en réadaptation sans poser de diagnostic. De plus, le médecin veille à exclure toute autre cause médicale pouvant expliquer les difficultés motrices observées. Enfin, le pronostic du TDC dépend de la sévérité des difficultés, des interventions en ergothérapie, de la personnalité de l'enfant, des troubles associés, des capacités cognitives, ainsi que de l'impact du stress, de la fatigue et de la complexité des tâches sur sa performance (Bazin, n.d.).

Selon le DSM-5, le diagnostic du TDC s'établit par quatre critères principaux :

- A.** L'acquisition et l'exécution de bonnes compétences de coordination motrice sont nettement inférieures au niveau escompté pour l'âge chronologique compte-tenu des opportunités d'apprendre et d'utiliser ces compétences. Les difficultés se traduisent par de la maladresse (ex: laisser échapper ou heurter des objets), ainsi que de la lenteur et de l'imprécision dans la réalisation de tâches motrices (ex: attraper un objet, utiliser des ciseaux ou des couverts, écrire à la main, faire du vélo ou participer à des sports).
- B.** Les déficiences des compétences motrices du critère A interfèrent de façon significative et persistante avec les activités de la vie quotidienne correspondant à l'âge chronologique (ex: les

soins et l'hygiène personnelle) et ont un impact sur les performances scolaires, ou/et les activités préprofessionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux.

C. Le début des symptômes date de la période développementale précoce.

D. Les déficiences des compétences motrices ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel ou une déficience visuelle et ne sont pas imputables à une affection neurologique motrice (infirmité motrice cérébrale, dystrophie musculaire, maladie dégénérative).

Le DSM-5 établit aussi des critères d'exclusion pour le diagnostic du TDC. Premièrement, si une personne rencontre des difficultés quotidiennes sans présenter de troubles moteurs notables, une évaluation supplémentaire est nécessaire. Deuxièmement, la présence de troubles moteurs marqués ne suffit pas à elle seule pour poser le diagnostic si ceux-ci n'impactent pas les activités quotidiennes. Enfin, lorsque les problèmes de coordination sont attribuables à une déficience intellectuelle, visuelle ou à une autre pathologie neurologique affectant le mouvement, le TDC ne peut être diagnostiqué. Ces conditions garantissent que le TDC est identifié uniquement lorsque les troubles moteurs sont significatifs et non expliqués par d'autres affections médicales ou développementales (DSM-5 315.4, APA, 2013).

La démarche menant au TDC est complexe et devrait être réalisée par plusieurs professionnels. L'ergothérapeute et/ou le psychomotricien sont les professionnels les mieux placés pour documenter les critères A et B mais c'est le médecin (pédiatre ou neuropédiatre) ou le neuropsychologue qui peut répondre aux critères C. et D. et qui peut confirmer le diagnostic.

Bien que les problèmes moteurs puissent être détectés dès le plus jeune âge de l'enfant, il est fortement conseillé d'attendre l'âge de 5 ans avant de procéder à une évaluation et un diagnostic du TDC (Inserm, 2019). L'acquisition des différentes compétences motrices varie considérablement en fonction de la pratique quotidienne, et l'entrée à l'école peut révéler d'autres difficultés motrices, facilitant ainsi la confirmation du diagnostic (Inserm, 2019).

Par ailleurs, il est crucial de prendre en compte les facteurs de risque associés au TDC. Chez de nombreux enfants atteints de ce trouble, la prématurité et les complications neurologiques durant la période périnatale sont les principaux facteurs de risque. En effet, les chercheurs estiment qu'entre 32 % et 49 % des enfants nés prématurément présentent des difficultés motrices, incluant spécifiquement le TDC (Inserm, 2019).

Une intervention précoce, reconnue comme efficace, demeure essentielle pour améliorer les résultats chez les enfants présentant des difficultés, qu'ils soient diagnostiqués ou non (Bazin, n.d.).

5. Comorbidités associées au TDC :

Les troubles qui accompagnent fréquemment le TDC incluent les troubles du langage et de la phonation, les troubles spécifiques des apprentissages (notamment en lecture et en écriture), ainsi que des problèmes d'inattention (F. Lino, D. Chieffo, Children, 2022), dont le TDAH, le trouble concomitant le plus courant avec environ 50 % de cas.

D'autres troubles associés comprennent le trouble du spectre de l'autisme (Lingam et al. 2010), des problèmes de comportement perturbateur et émotionnel (Cairney et al. 2010), ainsi que le syndrome d'hyperlaxité ligamentaire. De plus, les enfants atteints de TDC présentent un risque accru de développer des troubles psychopathologiques, tels que la dépression ou les troubles anxieux (Inserm, 2019).

La présence d'autres troubles n'exclut pas le TDC mais peut rendre l'évaluation plus difficile et interférer de manière indépendante avec l'exécution d'activités de la vie quotidienne, nécessitant par conséquent le jugement d'un examinateur dans l'attribution du déficit aux capacités motrices (Inserm, 2019).

II. Conséquences du TDC :

Dans cette section, nous analyserons les conséquences du TDC en nous appuyant sur les différentes sphères du modèle MCREO. Nous commencerons par évaluer l'impact du TDC sur l'enfant, en explorant ses occupations quotidiennes, le développement de ses soins personnels entre 5 et 11 ans, ainsi que les répercussions sur sa vie personnelle, ses activités et son environnement social. Ensuite, nous aborderons l'impact du TDC sur la famille, en examinant le vécu des parents, les défis qu'ils rencontrent et leur participation dans l'intervention ergothérapique auprès de leur enfant.

1. Impact sur l'enfant :

Les enfants présentant un TDC forment un groupe hétérogène, caractérisé par des différences significatives entre eux. Le TDC affecte leur performance occupationnelle et peut entraîner des situations de handicap. Les niveaux de difficulté varient de légers à sévères, et l'impact du trouble sur les activités quotidiennes peut être généralisé ou limité à certaines tâches spécifiques (Canchild, 2011). Certains enfants éprouvent des difficultés dans les fonctions motrices globales et posturales, tandis que d'autres rencontrent uniquement des problèmes de motricité fine nécessitant une coordination œil-main. L'intensité des difficultés peut également fluctuer en fonction des exigences de l'environnement et des tâches auxquelles l'enfant est confronté durant ses premières années. De plus, les enfants atteints de TDC présentent souvent des troubles associés, tels que des troubles d'apprentissage non verbaux, des difficultés de parole ou d'articulation, ainsi que le trouble déficitaire de l'attention (Canchild, 2011).

1.1 Les occupations de l'enfant :

Les occupations des enfants commencent dès les premiers instants de vie au sein de leur environnement social et familial, englobant des activités telles que manger, s'habiller, se reposer, jouer, se déplacer, communiquer et participer à la vie sociale (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2020b). Ces occupations forment le répertoire occupationnel de l'enfant, qui évolue en fonction de son âge, de ses capacités physiques, de ses intérêts, de ses talents et des différentes étapes de son développement cognitif, moteur, sensoriel, social et émotionnel (Clark & Kingsley, 2020; Rodger & Kennedy-Behr, 2017). Constituant un besoin fondamental de l'être humain (Townsend & Polatajko, 2013), ces activités sont co-construites avec l'entourage de l'enfant, notamment ses parents, et sont influencées par la culture familiale et les valeurs éducatives. Le contexte culturel et sociétal joue ainsi un rôle déterminant dans la formation et l'évolution du répertoire occupationnel, qui englobe toutes les activités auxquelles l'enfant participe tout au long de sa vie.

Ce répertoire se développe principalement par l'acquisition de compétences spécifiques liées à chaque occupation et évolue continuellement, s'élargissant ou se réduisant en fonction de l'histoire personnelle, de l'identité et de l'environnement de vie de l'enfant. Selon Davis et Polatajko (2006), le développement occupationnel de l'enfant se manifeste par un engagement progressif dans des occupations significatives, abordé sous trois angles : l'évolution de l'acquisition d'une occupation, passant de la phase de novice (ses débuts dans la pratique) à celle de maîtrise (sa progression), et éventuellement à l'acquisition ou à l'abandon (Tanneau et al., 2021).

Différents auteurs ont distingué plusieurs facteurs influençant le développement occupationnel, à savoir la personne, les occupations, l'environnement et les interactions entre ces trois éléments (Davis & Polatajko, 2006). Le développement repose à la fois sur la maturation du système nerveux central, la participation de l'enfant à des activités significatives, et ses interactions avec son environnement (Case-Smith, 2009). Chaque enfant naît avec des caractéristiques uniques, telles que son bagage génétique et ses compétences cognitives, motrices, sensorielles, sociales et émotionnelles. De plus, il évolue dans des environnements variés, chacun possédant ses propres spécificités sociales, communautaires, familiales et physiques (Tanneau et al., 2021).

1.2 Développement des soins personnels chez l'enfant de 5 à 11 ans :

Dans ce mémoire, nous nous concentrons sur la tranche d'âge de 5 à 11 ans. De ce fait, pour mieux comprendre et accompagner ces enfants, il est essentiel de connaître les différentes étapes de leur développement psychomoteur tout au long de leur croissance. À cette période, on attend de l'enfant qu'il puisse s'habiller correctement, prendre ses repas de manière autonome et faire sa toilette de manière indépendante. De plus, Francine Ferland, ergothérapeute et professeure émérite à l'Université de Montréal, ainsi qu'auteure d'ouvrages sur le développement de l'enfant, offre des repères précieux

pour les parents, les éducateurs et les professionnels accompagnant les enfants, leur permettant de connaître les attentes générales selon l'âge de l'enfant.

Par ailleurs, en nous concentrant sur les soins personnels, qui sont l'objet de notre étude, Francine Ferland (**Annexe 1**) nous présente les points suivants (Ferland, 2014) :

- Entre 5 et 6 ans, l'enfant développe son autonomie dans les soins personnels : il est capable de s'habiller seul en mettant ses souliers correctement, en faisant ses nœuds et en attachant les boutons-pressions. En matière d'alimentation, il peut tartiner son pain avec un couteau et couper ses légumes, démontrant une bonne maîtrise et manipulation des ustensiles. Concernant l'hygiène, il s'essuie seul, se mouche efficacement, prend son bain et s'assèche de manière autonome, et se brosse les cheveux.
- À partir de 6 ans, l'enfant est en mesure de préparer seul un repas simple, comme le petit-déjeuner ou une salade, et de prendre un bain de façon totalement autonome.
- À partir de 10 ans, il peut écaler un œuf dur et se nettoyer les ongles de manière indépendante (Éditions du CHU Sainte-Justine, n.d.).

D'autre part, et toujours en nous concentrant sur les soins personnels, Josiane Santha Caron, ergothérapeute, formatrice et auteure canadienne de renommée mondiale, ainsi que référence en pédiatrie, décrit les étapes du développement moteur (motricité fine) (**Annexe 2**) dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) (Caron Santha, 2024) :

- Entre 5 et 6 ans, l'enfant est capable d'attacher des boutons-pression, de broser et peigner ses cheveux, de tartiner efficacement une tranche de pain avec un couteau, de couper des aliments mous avec un couteau et une fourchette, de s'essuyer correctement après la selle et de se moucher de manière autonome.
- Entre 6 et 7 ans, il peut tartiner le pain sans le briser et appliquer une fine couche, couper des aliments durs avec un couteau et une fourchette, faire une boucle de soulier avec les lacets et attacher une fermeture éclair.
- Entre 7 et 8 ans, l'enfant est capable de coiffer ses cheveux avec des élastiques, d'attacher des boutons et des boucles derrière son cou, ainsi que d'attacher un bouton ou une montre à son poignet.
- À partir de 8 ans et plus, il peut utiliser un coupe-ongles et ouvrir une canette.

1.3 Conséquence du TDC sur la vie de l'enfant :

Cette section examine les répercussions du TDC sur la vie de l'enfant en s'appuyant sur les différentes sphères du modèle MCREO : la personne, les occupations et l'environnement. Plus précisément, elle explore les aspects affectifs et cognitifs de l'enfant, ses occupations quotidiennes telles que les soins personnels, la scolarité et les loisirs, ainsi que son environnement social.

Une attention particulière est accordée à la performance occupationnelle de l'enfant, notamment dans le domaine des soins personnels. Selon Fisher (2009), la performance occupationnelle se définit par « ce que fait la personne à ce moment, son comportement observable ». Cette définition englobe l'ensemble des activités réalisées par l'individu dans sa vie quotidienne, reflétant ainsi sa capacité à accomplir des tâches de manière efficace et autonome.

1.3.1 La personne (l'enfant) :

Les difficultés quotidiennes liées au TDC impactent profondément les aspects affectifs, cognitifs et physiques de l'enfant. En effet, les enfants atteints de TDC montrent souvent un désintérêt pour les activités physiques, une faible tolérance à la frustration, une estime de soi diminuée et une tendance à l'isolement social. Ils éprouvent également une insatisfaction vis-à-vis de leurs performances et résistent aux changements de routine. Percevant leur différence, ils sont fréquemment rejetés par leurs pairs et n'éprouvent pas de plaisir à fréquenter l'école ou la cour de récréation. Cette situation peut entraîner une dégradation de leur estime de soi ainsi que des troubles émotionnels tels que l'anxiété ou la dépression (Inserm, 2019).

1.3.2 Les occupations :

a. Soins personnels :

Le TDC a un impact significatif sur la performance occupationnelle des enfants, particulièrement dans les domaines des soins personnels. Les difficultés motrices associées au TDC entravent la capacité des enfants à exécuter les AVQ de manière fluide et autonome.

Pour l'alimentation, les enfants atteints de TDC manifestent une maladresse avec les ustensiles, éprouvent des difficultés à tenir un verre sans renverser, à manipuler divers contenants, à mastiquer correctement et à garder la bouche fermée pendant la mastication. Ces comportements observables illustrent une performance occupationnelle altérée, compromettant l'autonomie alimentaire de l'enfant.

Au niveau de l'habillement, la performance occupationnelle est également affectée. Les enfants avec TDC ont du mal à distinguer l'endroit des vêtements (endroit/envers, haut/bas), à manipuler les attaches telles que les boutons, les fermetures éclair et les lacets, et à suivre la séquence correcte pour s'habiller. Ces défis entraînent une exécution plus lente et moins efficace des tâches vestimentaires comparativement à leurs pairs.

Pour les soins d'hygiène, l'acquisition de la propreté peut être retardée ou imparfaite chez les enfants atteints de TDC, se traduisant par des difficultés à contrôler ses sphincters, à manipuler le papier toilette, à utiliser la chasse d'eau et à se laver les mains. Lors du bain ou de la douche, ils rencontrent des obstacles dans la séquence des actions, le lavage des différentes parties du corps, la gestion de la température et du débit de l'eau, ainsi que le temps passé dans l'eau. En hygiène capillaire, ils ont du

mal à rincer correctement leurs cheveux, et le brossage des dents pose des problèmes de préhension, d'orientation de la brosse, de mouvement dans la bouche et de sensibilité sensorielle. Enfin, se peigner les cheveux reste un défi complexe (Summers et al., 2008).

b. Productivité/ Sclolarité :

L'école impose de nombreuses activités et exigences, tant sur le plan moteur que développemental général. L'écriture est souvent l'activité la plus difficile pour les enfants atteints de TDC en début de parcours scolaire, car former les lettres et tenir correctement le crayon représente un défi complexe (Missiuna et al., 2004b). En mathématiques, les chiffres, les calculs simples, la géométrie et la capacité d'abstraction sont souvent moins développés chez ces enfants (Pieters et al., 2012). De plus, la manipulation des objets scolaires tels que les ciseaux, les crayons et les règles constitue une difficulté supplémentaire.

L'éducation physique pose également des défis, notamment en ce qui concerne la motricité globale, la coordination des mouvements et la rapidité d'exécution. Les enfants TDC ont tendance à se comparer à leurs camarades, ce qui peut les amener à ressentir un sentiment d'échec. D'autres matières, comme la musique et les arts plastiques, ainsi que les moments de récréation et les transitions entre les différentes activités scolaires, représentent également des obstacles pour ces enfants. Ces difficultés peuvent entraîner une perte de confiance en soi et un retard scolaire (Caçola & Romero, 2015).

c. Loisirs :

Les enfants atteints de TDC ont tendance à éviter les activités où ils ne se sentent pas compétents, ce qui réduit leurs options de loisirs et les limite souvent à ce niveau là. En effet, ils rencontrent des difficultés à s'investir dans les activités extérieures, les sports, ainsi que dans les activités familiales nécessitant une motricité globale. De plus, ils éprouvent des difficultés avec l'aspect compétitif des activités (Poulsen & Ziviani, 2004). Il est donc préférable de les orienter et de les encourager à pratiquer des activités où ils ne sont pas constamment comparés ou en compétition avec leurs pairs, mais où ils peuvent se comparer à eux-mêmes pour améliorer leurs performances. Les enfants ressentent souvent de la frustration ou de la fatigue, ce qui limite leurs opportunités de développer des compétences sociales et physiques et affecte leur qualité de vie.

1.3.3 L'environnement :

Les enfants atteints de TDC se retrouvent souvent isolés pendant la récréation et interagissent peu avec leurs pairs (Smyth et Anderson, 2000). Ils sont moins bien intégrés dans les équipes de jeux, notamment chez les garçons et dans des sports comme le football. Cette isolation peut résulter des exigences accrues qu'ils s'imposent eux-mêmes ainsi que des attentes croissantes de leurs camarades avec l'âge. L'isolement récurrent reflète une vie sociale affectée tant à l'école que dans les loisirs et au quotidien.

Ces enfants privilégient souvent des jeux statiques, sédentaires ou des activités sociales basées sur des règles et l'imagination, où ils peuvent s'impliquer au même niveau que leurs pairs. En conséquence, ils passent beaucoup de temps seuls, ce qui limite leurs interactions sociales et renforce leur tendance à éviter les activités physiques compétitives. Cela nuit à leur intégration, à leur développement social et à leur participation sociale (Vaivre-Douret, 2016). De plus, la participation sociale est perturbée au quotidien, notamment au sein de la famille, ce qui peut modifier la dynamique familiale.

2.Impact sur la famille :

2.1 Vécu des parents :

Toutes les répercussions du TDC affectent directement ou indirectement les parents et l'entourage de l'enfant concerné. En effet, la plupart des parents ont instinctivement mis en place des solutions pour simplifier le quotidien de leur enfant atteint de TDC, comme privilégier des chaussures à scratch plutôt qu'à lacets, choisir des t-shirts au lieu de chemises, utiliser des assiettes creuses et servir de la viande déjà coupée pour les repas. Lorsque l'enfant est trop fatigué, certains parents optent même pour des repas à manger avec les doigts. Cependant, il arrive que des parents, en aidant constamment leur enfant à s'habiller après l'école, pensent bien faire, mais cela peut en réalité minimiser les efforts que l'enfant fournit tout au long de la journée. Bien que les parents soient les premiers à identifier ces difficultés, ils ne sont pas responsables de celles-ci. Il est essentiel de trouver un équilibre entre l'assistance apportée et l'encouragement à l'autonomie de l'enfant (Huron, 2017).

2.2 Défis rencontrés par les parents :

Les parents d'enfants atteints de TDC affrontent des défis multidimensionnels nécessitant une sensibilisation accrue, un soutien renforcé et des ressources adaptées. En effet, ils doivent d'abord comprendre la pathologie de leur enfant, souvent compliquée par des difficultés de diagnostic et un manque de clarté, ce qui engendre un stress important, notamment en cas de diagnostic tardif (Soriano et al., 2015).

En outre, de nombreux parents signalent que le processus de diagnostic est long et ardu, prenant en moyenne deux ans après les premières inquiétudes. Ils expriment également des frustrations dues à la prolongation des délais et au manque de transparence tout au long de ce parcours diagnostique (Soriano et al., 2015).

De plus, le TDC a un impact considérable sur la vie des parents en générant un stress émotionnel et financier, en réduisant leur qualité de vie et en affectant les relations familiales. L'accès aux services spécialisés est souvent limité, obligeant les familles à attendre plusieurs mois, voire des années, pour

consulter des spécialistes compétents, notamment les médecins. Par ailleurs, même lorsqu'elles parviennent à accéder aux soins, le coût des interventions constitue un obstacle majeur, surtout dans les systèmes où les services ne sont ni subventionnés ni remboursés. Selon une étude scientifique, parmi les familles ayant recours à une thérapie pour les difficultés motrices de leur enfant, plus de la moitié n'avaient pas accès à un financement pour couvrir les frais de thérapie et ont déclaré que ces coûts entraînent des difficultés financières (Licari et al., 2021).

Les parents d'enfants atteints de TDC subissent un impact émotionnel majeur, ressentant un stress important en jonglant entre leurs responsabilités quotidiennes et le soutien spécifique nécessaire pour leur enfant. Beaucoup éprouvent également de la culpabilité lorsqu'ils ont du mal à répondre aux besoins de leur enfant, ce qui affecte négativement leur sentiment de compétence parentale. En effet, les difficultés occupationnelles de l'enfant peuvent diminuer la confiance des parents en leurs capacités à gérer efficacement les situations, renforçant ainsi leur sentiment d'impuissance et de frustration (O'Kelly & Fourie, 2023).

D'autre part, une étude scientifique souligne l'importance des ressources familiales pour faire face au TDC, indiquant que les familles qui partagent les responsabilités entre plusieurs membres réussissent mieux à gérer le stress. Cette répartition des tâches peut atténuer la pression individuelle sur chaque parent, contribuant à maintenir un équilibre émotionnel et à préserver leur sentiment de compétence. De plus, les frères et sœurs des enfants atteints de TDC sont également affectés, ressentant parfois un déséquilibre dans l'attention parentale ou un stress lié à la dynamique familiale (O'Kelly & Fourie, 2023).

De nombreux parents ont décrit des défis liés aux soins personnels du matin tels que s'habiller, se soigner, manger et suivre la routine habituelle. Non seulement les enfants avaient des difficultés à accomplir ces activités, mais ils ne semblaient souvent pas intéressés à les faire de manière autonome et indépendante. Plusieurs parents ont admis qu'ils accomplissent les tâches pour leur enfant afin d'arriver à l'heure où ils devaient se rendre (Missiuna et al., 2005). Ils expriment un besoin accru d'accompagnement et de formation pour mieux gérer les besoins spécifiques de leurs enfants au quotidien (Missiuna et al., 2006).

2.3 Participation parentale dans l'intervention auprès des enfants :

Le terme « intervention » que l'on retrouve en général dans la littérature scientifique couvre plus largement un certain nombre d'activités de rééducation, remédiation ou de compensation destinées directement au patient ou des prestations indirectes visant des modifications de l'entourage de la personne concernée (Inserm, p. 38).

Quant à la participation parentale, elle fait référence à l'implication active des parents dans le processus d'intervention ou de rééducation de leur enfant. Cela inclut l'engagement des parents dans la prise de décisions, l'accompagnement à domicile et la participation aux séances de thérapie.

Dans ce cadre, la participation des parents à l'intervention est importante car ils peuvent jouer le rôle de relais pour les actions ou stratégies travaillées durant des interventions. L'éducation et la formation des parents sont également un point important pour leur permettre de faire face aux difficultés de l'enfant (Inserm, p. 39).

De plus, les recherches portant sur les parents révèlent deux approches principales. La première les considère comme des « assistants » des soignants, les intégrant dans le processus de rééducation en tant qu'acteurs participant à la prise en charge sous la supervision des professionnels. L'objectif principal est souvent pratique : améliorer l'efficacité de la prise en charge en impliquant les parents. La seconde approche met davantage l'accent sur les perceptions des parents concernant le diagnostic et la prise en charge de leurs enfants, tout en restant en collaboration avec les professionnels. Certains chercheurs soulignent l'importance du délai avant l'obtention du diagnostic et le démarrage de la prise en charge pour la satisfaction des parents. D'autres indiquent que les perceptions des parents et des enfants sur leurs difficultés ne sont pas toujours alignées avec les évaluations cliniques. Ces deux tendances montrent l'importance d'une collaboration équilibrée entre les parents et les professionnels de santé, en tenant compte à la fois des aspects pratiques de la prise en charge et des perceptions individuelles des familles (Inserm, p. 51).

La littérature met en évidence l'importance de la participation de tiers, souvent les parents, dans les interventions, car ils servent de relais pour les méthodes et stratégies utilisées pendant les séances. Les interventions menées par les parents contribuent à une diminution notable de l'anxiété et renforcent la confiance des enfants atteints de TDC dans leur capacité à réaliser des AVQ, comme manger seuls ou s'habiller. Ceci favorise également leur inclusion sociale et leur indépendance (Mandich et al., 2003).

Le groupe d'experts recommande donc d'impliquer la famille dans l'intervention afin de favoriser l'atteinte des objectifs et l'inclusion de l'enfant dans les différents lieux de vie. Cette implication peut se faire en amont de l'intervention pour faciliter sa mise en place, puis durant l'intervention pour un accompagnement dans les lieux de vie de l'enfant (à la maison, en classe etc.) (Inserm, p. 64)

III. Intervention pluridisciplinaire du TDC :

L'équipe pluridisciplinaire réunit des professionnels de différentes disciplines qui collaborent autour d'un objectif commun. Chaque membre apporte ses compétences spécifiques pour réaliser des actes diagnostiques, thérapeutiques, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de la perte d'autonomie. Ces professionnels travaillent ensemble au sein du même établissement de santé ou dans des structures coopératives coordonnant leurs actions pour le bénéfice d'un même patient (Ameline & Levannier, 2021).

La composition de l'Équipe Pluridisciplinaire évolue en fonction des particularités du handicap de la personne. Elle est composée de professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans le domaine de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire ou universitaire, de l'emploi ou de la formation professionnelle (Académie de Montpellier, s.d.).

1. Parcours de soins des enfants atteints du TDC:

La première étape du diagnostic du TDC consiste en un repérage précoce, en portant une attention particulière aux compétences motrices globales et fines vers l'âge de 5-6 ans, lors du passage de la maternelle à l'élémentaire. Il est essentiel d'exclure d'autres troubles sensoriels, neurologiques, intellectuels ou musculaires pouvant expliquer les difficultés motrices. Le médecin prescrit ensuite des évaluations diagnostiques, incluant un bilan psychomoteur réalisé par un professionnel compétent, qui évalue les fonctions sensori-motrices et cognitives. En cas de suspicion de comorbidité, des bilans orthoptique, orthophonique, neuropsychologique ou psychologique sont demandés. Les professionnels utilisent des tests standardisés et normés adaptés à la population pour objectiver les déficits. Enfin, selon la sévérité du trouble et la présence de troubles associés, l'enfant est orienté vers les niveaux de prise en charge recommandés par la Haute Autorité de Santé (Haute Autorité de Santé, 2017), avec une vigilance particulière pour les cas légers ou borderline afin de prévenir des complications futures. Selon la Haute Autorité de Santé (Haute Autorité de Santé, 2017), le parcours de soins pour les enfants atteints de TDC est structuré en trois niveaux. En effet, **le niveau 1** concerne la prise en charge de base pour les troubles légers, incluant une surveillance régulière et un soutien minimal. Ensuite, **le niveau 2** s'adresse aux troubles modérés nécessitant des interventions thérapeutiques spécialisées et une coordination entre différents professionnels de santé. Le **niveau 3** est réservé aux troubles sévères ou associés à des comorbidités complexes, impliquant des structures spécialisées, des interventions intensives et un suivi pluridisciplinaire. Ce cheminement permet d'adapter les soins en fonction des besoins spécifiques de chaque enfant, assurant ainsi une prise en charge optimale et personnalisée (HAS, 2017).

2. Evaluation du TDC :

Lorsqu'un enfant présente des caractéristiques cliniques suggérant un TDC, il est essentiel de mener une évaluation approfondie pour comprendre l'ensemble des difficultés rencontrées. Cette évaluation commence par des entretiens détaillés avec les parents et les enseignants (l'entourage de l'enfant) afin de recueillir des informations sur l'historique des défis de l'enfant et d'identifier les activités quotidiennes impactées à la maison, à l'école et dans la communauté. Étant donné la forte comorbidité associée au TDC, il est essentiel d'examiner non seulement les aspects moteurs, mais aussi les progrès académiques, le développement social, le comportement et l'attention de l'enfant.

L'évaluation de la coordination motrice, intégrant les aspects développementaux, nécessite une anamnèse complète des premières années de l'enfant ainsi que l'utilisation de divers outils standardisés et normés. Parmi les instruments fréquemment utilisés figurent la **Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)** (Law et al., 2005) et le **Perceived Efficacy and Goal Setting System** (Missiuna, Pollock & Law, 2004), qui aident à structurer les entrevues cliniques et à collecter des informations auprès de différents répondants sur l'impact de la déficience motrice sur les activités quotidiennes de l'enfant (INSERM, 2019).

De plus, l'OT'HOPE est un outil innovant permettant à l'enfant de déterminer les objectifs qu'il souhaite travailler en ergothérapie. Cet outil engage l'enfant en lui faisant classer plusieurs activités proposées selon celles qu'il sait faire ou non (vie quotidienne, scolarité et loisirs) et en lui permettant de déterminer celles qui sont difficiles pour lui et qu'il souhaiterait travailler en séance ([site web ot-hope.com](http://site.web.ot-hope.com)). L'intégration de l'OT'HOPE dans le processus d'évaluation favorise une approche centrée sur l'enfant, en tenant compte de ses préférences et de ses priorités, ce qui renforce l'engagement et la motivation de l'enfant dans son parcours thérapeutique.

Par ailleurs, des tests standardisés tels que la **Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant - deuxième édition** (Henderson & Sugden, 2007) et le **Test de performance motrice de Bruininks-Oseretsky** (Bruininks, 2006) permettent de confirmer la présence d'une déficience physique. En complément, des évaluations spécifiques de la coordination motrice comme le **MABC-2** ou des outils de développement neuromoteur tels que la **Batterie française d'évaluation des fonctions neuropsychomotrices de l'enfant** offrent des indicateurs normatifs précieux.

Les observations cliniques jouent un rôle central durant l'évaluation motrice. Il est essentiel d'observer attentivement les mouvements de l'enfant, en notant sa posture, son utilisation coordonnée des mains et l'efficacité de ses gestes. Il convient également d'évaluer la manière dont l'enfant apprend de nouvelles tâches : apprend-il par la pratique ou répète-t-il les mêmes erreurs ? Se positionne-t-il correctement, observe-t-il ce qu'il fait, et rencontre-t-il des difficultés à juger les distances ou la force à appliquer ? De plus, il est important de noter si l'enfant manifeste de la frustration et abandonne rapidement face aux défis (Reconnaître Et Référer Un Enfant Présentant Un Trouble De L'acquisition De La Coordination, 2007).

3. Rôle des différents professionnels dans la prise en charge :

Pour les enfants présentant un TDC et des troubles associés tels que des difficultés de langage, d'attention ou d'apprentissage, la collaboration avec différents professionnels de la santé spécialisés est essentielle pour assurer une prise en charge efficace. Dans ce contexte, les spécialistes suivants peuvent accompagner un enfant atteint de TDC (Forsyth et al., 2008) :

- **Les médecins :**

Les pédiatres, neuropédiatres et médecins généralistes jouent un rôle central dans la coordination du parcours de soins des enfants atteints de TDC. En collaboration avec d'autres professionnels de santé, ils assurent les soins primaires et, une fois le diagnostic confirmé, prescrivent des interventions thérapeutiques adaptées. Il est essentiel que les familles maintiennent une relation continue avec leur médecin de famille pour garantir un suivi à long terme et surveiller d'éventuelles complications secondaires (Assurance Maladie, 2025).

- **Les neuropsychologues :**

Ils prennent en charge l'enfant présentant des troubles cognitifs ou neuro-visuels spécifiques. Leur objectif sera d'aider l'enfant à utiliser efficacement ses différentes fonctions cognitives afin de compenser les difficultés motrices associées au trouble.

- **Les ergothérapeutes :**

Les ergothérapeutes se concentrent sur la performance occupationnelle des enfants dans les tâches de la vie quotidienne, scolaires, de jeu et de loisirs. Un ergothérapeute examine le développement de l'enfant, ses forces et ses défis dans tous les domaines de performance et détermine comment ces difficultés affectent son fonctionnement quotidien. Il enseigne à l'enfant des stratégies pour apprendre de nouvelles tâches, modifie les tâches et les environnements pour maximiser les capacités de l'enfant, et consulte les enseignants et les parents afin d'augmenter leur compréhension de l'enfant (CanChild, n.d.) Ce sujet sera abordé de manière plus détaillée dans la section suivante.

- **Les psychomotriciens :**

Ils aident l'enfant à se reconnecter avec son corps en lui apprenant à le maîtriser au quotidien. Ils peuvent, par exemple, travailler sur la coordination, l'équilibre et la motricité globale à travers des parcours et des exercices spatiaux.

- **Les kinésithérapeutes :**

Les kinésithérapeutes se concentrent sur les capacités physiques et le développement des compétences motrices. Un kinésithérapeute évalue le tonus musculaire, la force, les compétences motrices, l'équilibre, l'endurance et le niveau de forme physique de l'enfant. Les kinésithérapeutes fournissent également des consultations aux parents et aux enseignants pour soutenir le développement physique de l'enfant. Ils peuvent suggérer des stratégies pour apprendre de nouvelles tâches motrices ou améliorer la participation aux activités physiques, et/ou développer des interventions pour soutenir des domaines spécifiques de difficulté motrice, comme monter les escaliers. L'un des rôles principaux du kinésithérapeute est la prévention du développement de complications secondaires (CanChild, n.d.).

- **Les orthoptistes :**

Les orthoptistes fournissent des soins visuels. Ils voient fréquemment de jeunes enfants rencontrant des difficultés scolaires, afin d'exclure un problème visuel. Les enfants atteints de TDC présentent souvent des difficultés de suivi visuel et de coordination visuo-motrice qui peuvent être identifiées lors d'un examen chez l'optométriste (CanChild, n.d.).

- **Les psychologues :**

Les psychologues se concentrent sur les évaluations qui fournissent des informations sur le comportement, le fonctionnement intellectuel et les performances académiques de l'enfant. Une évaluation psycho-éducative approfondie peut déterminer si un enfant avec un TDC présente également une déficience spécifique des apprentissages et/ou un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). En plus de l'évaluation, les psychologues peuvent fournir une thérapie et des consultations pour aider l'enfant et la famille à gérer la gestion du comportement, l'attention, la compétence sociale et les problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété et la dépression.

- **Les orthophonistes :**

Les orthophonistes se concentrent sur la communication, spécifiquement le développement de la parole et du langage réceptif et expressif. Les orthophonistes voient souvent des enfants durant les années préscolaires et peuvent jouer un rôle déterminant dans l'identification des enfants avec un TDC dès leur jeune âge. Les compétences en parole/langage sont des prérequis importants pour le développement de la littératie et les interactions sociales. Les orthophonistes peuvent aider à gérer les difficultés de l'enfant avec le langage oral et/ou écrit en fournissant une thérapie à l'enfant et/ou des services de consultation aux enseignants et à la famille de l'enfant (CanChild, n.d.).

IV. Accompagnement en ergothérapie :

1. Définition de l'ergothérapie :

L'ergothérapie vise à comprendre et intervenir sur les situations de handicap afin d'aider les personnes à accomplir leurs occupations, c'est-à-dire les activités qu'elles souhaitent, doivent ou devraient réaliser, mais qu'elles n'arrivent pas à exécuter de manière satisfaisante (FAURE et al., 2019d).

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui accompagne des enfants de tous âges confrontés à des limitations dans les AVQ (comme manger, faire du vélo, s'habiller, écrire, etc.) et/ou à des restrictions dans leur participation à la vie sociale (école, jeux, relations avec les autres, etc.), quelle que soit l'origine de ces difficultés (FAURE et al., 2019). Il place l'habilitation à l'occupation, c'est-à-dire le fait de rendre possible la participation et l'engagement dans les occupations, au centre de son raisonnement clinique professionnel (Fisher, 2013 ; Townsend et Polatajko, 2013). Le suivi en ergothérapie est essentiel, car l'ergothérapeute est un professionnel qui aide son patient à acquérir des

habiletés, favorise ses occupations et sa participation sociale, et l'accompagne pour qu'il devienne le plus autonome et indépendant possible dans sa vie quotidienne (définition ANFE).

2. Approches utilisées en ergothérapie :

Pour accompagner les enfants présentant des problèmes occupationnels, différentes approches thérapeutiques ont été développées et mises en œuvre. Ces interventions se regroupent principalement en deux grandes catégories : l'approche ascendante (bottom-up), centrée sur l'amélioration des habiletés sous-jacentes, et l'approche descendante (top-down), axée sur l'activité et la participation.

L'approche bottom-up se concentre sur le renforcement des fonctions et processus sous-jacents à la réalisation d'activités, en mettant l'accent sur l'amélioration des habiletés motrices fondamentales (Smits-Engelsman & Hill, 2012). L'hypothèse sous-jacente est que le développement de ces compétences de base conduira à une amélioration du rendement occupationnel dans les AVQ (Galbiati, Lebrault & Martini, 2018). La rééducation repose essentiellement sur la répétition des gestes moteurs et l'optimisation du traitement sensoriel, à l'instar de l'intégration sensorielle proposée par Jean Ayres (1972). Selon cette approche, une meilleure intégration des informations sensorielles permettrait un meilleur fonctionnement neurologique et, par conséquent, une exécution plus efficace des activités (INSERM, 2019). Cependant, bien que cette méthode favorise l'amélioration des habiletés motrices spécifiques, elle ne garantit pas toujours un transfert automatique des apprentissages vers des tâches fonctionnelles et écologiques.

L'approche top-down, quant à elle, adopte une perspective centrée sur l'occupation et la participation sociale. Elle vise un entraînement direct des activités en considérant que la performance motrice résulte d'une interaction dynamique entre le corps, la tâche et l'environnement (Barray, 2012). Cette approche repose sur une triade parent-enfant-ergothérapeute, dans laquelle les parents sont impliqués dès le début du suivi afin de renforcer l'engagement et la motivation de l'enfant (Rodgers, 2010). L'approche CO-OP (Polatajko et coll., 2001a et 2001b) est un exemple représentatif de cette perspective, puisqu'elle propose des stratégies cognitives permettant à l'enfant de surmonter ses difficultés en développant des solutions adaptées aux tâches du quotidien (INSERM, 2019).

Ces deux approches, bien que différentes, ne sont pas exclusives mais peuvent être intégrées de manière complémentaire. Tandis que l'approche bottom-up vise à améliorer les habiletés sous-jacentes nécessaires à la performance motrice, l'approche top-down s'attache à l'application directe de ces compétences dans les situations réelles de la vie quotidienne.

3. L'ergothérapie et l'enfant atteint de TDC :

Les enfants présentant un TDC nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire où l'expertise de l'ergothérapeute est particulièrement fondamentale. En effet, maîtriser les soins personnels tels que s'habiller et s'alimenter dès l'âge de 5 ans constitue une compétence de vie quotidienne indispensable pour leur bien-être à long terme. Ces occupations relèvent directement du domaine d'expertise de l'ergothérapeute, qui est ainsi parfaitement positionné pour soutenir et développer ces habiletés essentielles. Son accompagnement permet d'améliorer les compétences motrices fines et globales, d'accroître l'autonomie et l'indépendance dans les AVQ et d'adapter l'environnement scolaire et domestique afin de faciliter la participation et la performance des enfants atteints de TDC. Il intervient à plusieurs niveaux pour les accompagner. D'une part, il vise à aider l'enfant à atteindre un rendement occupationnel satisfaisant, c'est-à-dire à être capable de réaliser les activités quotidiennes (Law et al., 2014), en favorisant son autonomie et son indépendance.

Des études scientifiques internationales ont démontré l'efficacité des différentes interventions ergothérapeutiques, qu'elles soient appliquées de manière isolée ou combinée, auprès d'enfants atteints de TDC. En particulier, les interventions axées sur les tâches, telles que l'approche CO-OP, ont montré des résultats probants. De plus, une revue systématique a confirmé que les interventions centrées sur les occupations, c'est-à-dire les activités réalisées dans le contexte de la vie quotidienne, sont les plus efficaces pour améliorer la participation sociale et le rendement occupationnel des enfants. Ces interventions contribuent également à une meilleure qualité de vie pour l'enfant et ses parents (INSERM, p.41 et 462).

4. Approches ergothérapeutiques utilisées auprès des enfants TDC :

Pour accompagner les enfants atteints de TDC, plusieurs approches thérapeutiques ont été développées, chacune adaptée aux besoins spécifiques en fonction de l'âge et des défis rencontrés par l'enfant. Les occupations travaillées sont choisies à partir d'entretiens portant sur les habitudes de vie et les activités de l'enfant. Cette sélection est réalisée en collaboration avec la famille et l'enfant afin de déterminer les difficultés occupationnelles les plus importantes au quotidien. L'engagement de l'enfant est au cœur de ce processus, et les interventions sont adaptées en fonction de l'âge et des besoins spécifiques de chaque enfant.

Pour les enfants de 5 à 6 ans, **l'approche développementale** est privilégiée. Cette méthode se concentre sur l'amélioration graduelle des compétences en fonction de l'âge et du développement de l'enfant. Les activités sont progressives et adaptées, telles que l'enfilage de perles sur un fil pour améliorer la coordination main-œil ou la manipulation de la pâte à modeler pour renforcer les muscles des doigts (Davidson & Williams, 2000).

À partir de 6-7 ans, **l'approche compensatoire** devient particulièrement pertinente. Cette méthode vise à adapter l'environnement ou à introduire des outils spécifiques pour contourner les limitations

rencontrées par l'enfant, notamment dans des activités telles que l'écriture. Par exemple, l'utilisation de supports visuels ou de cahiers à lignes colorées facilite l'écriture (Sugden & Chambers, 2003). Grâce à ces stratégies adaptées, l'enfant peut surmonter les obstacles fonctionnels et améliorer ses performances dans les activités quotidiennes. De plus, les mesures de compensation ne se limitent pas au cadre scolaire. L'aménagement de l'environnement englobe également la vie quotidienne des enfants (Huron, 2011 ; Mouchard-Garelli & Mazeau, 2016). Par exemple, proposer des chaussures à scratch plutôt qu'à lacets, privilégier des tee-shirts au lieu de chemises à boutons, choisir des pantalons à taille élastique, ou encore utiliser des assiettes creuses et des couverts avec un manche facile à tenir, sont autant de modifications visant à simplifier le quotidien de l'enfant (INSERM, p.459).

Pour les enfants plus âgés, **l'approche cognitive** est privilégiée. Elle enseigne des stratégies de résolution de problèmes pour accomplir les tâches malgré les défis. Cette méthode aide à la planification des actions motrices en fonction des intérêts de l'enfant et de sa famille. L'approche CO-OP (Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance) en est un exemple, permettant à l'enfant de développer des compétences en idéation, planification motrice et organisation pour réaliser les occupations désirées. Par exemple, l'ergothérapeute peut inviter l'enfant à prendre un temps de réflexion avant de passer à l'étape suivante d'une activité (Ward & Rodger, 2004).

Grâce à ces approches, qu'elles soient compensatoires ou basées sur des stratégies adaptatives ou cognitives, l'ergothérapeute aide l'enfant à réussir des tâches qui lui étaient auparavant difficiles, telles que s'habiller, se peigner les cheveux, faire ses lacets, manger ou manipuler des ustensiles. Cela augmente également le répertoire occupationnel de l'enfant, constitué de toutes les activités qu'il peut réaliser de manière autonome au fil du temps (Faure & Galbiati, 2019).

Par ailleurs, l'ergothérapeute a pour mission d'améliorer la participation sociale de l'enfant, souvent impactée par le TDC. Les difficultés rencontrées peuvent entraîner une faible estime de soi et une mise à l'écart sociale (Castelein, 2015). En travaillant sur ces aspects, l'ergothérapeute aide l'enfant à mieux s'intégrer dans la société, ce qui a également un impact positif sur la dynamique familiale et le bien-être des parents.

En plus d'intervenir directement auprès de l'enfant, l'ergothérapeute assume également un rôle éducatif et de coaching auprès des parents ainsi que des divers acteurs et partenaires impliqués dans la vie de l'enfant. En effet, tout au long de l'accompagnement, l'ergothérapeute collabore étroitement avec la famille, assurant ainsi une continuité entre les séances de thérapie et le quotidien familial. Cette collaboration active est essentielle pour harmoniser les interventions thérapeutiques avec les routines domestiques, facilitant ainsi l'atteinte des objectifs fixés. En travaillant en partenariat avec les parents et les autres intervenants, l'ergothérapeute renforce l'efficacité des actions entreprises et soutient de manière holistique le développement de l'enfant (Gosselin, Portail Enfance; INSERM, p.39).

5. Les apports de l'ergothérapie dans les soins personnels des enfants TDC :

Morgan et Long (2012) ont mené une revue de littérature qualitative portant sur l'efficacité des interventions motrices chez les enfants présentant un TDC. Ils ont constaté que les parents considèrent les approches les plus efficaces comme celles qui encouragent la réalisation d'activités motrices favorisant la participation sociale. De leur côté, les enfants expriment un besoin marqué de participer aux jeux et aux activités de soins personnels. Par ailleurs, l'éducation des parents et des professionnels émerge comme un élément essentiel pour les aider à faire face aux difficultés rencontrées par l'enfant (INSERM, p.454).

En complément de ces résultats, de nombreuses familles soulignent l'importance primordiale de mettre en place des interventions ciblant à la fois les occupations quotidiennes et les répercussions sociales des enfants atteints de TDC. Le principal espoir des parents réside dans la maximisation de la participation sociale de leur enfant ainsi que dans le renforcement de sa motivation à s'engager dans les soins personnels. Ils ont décrit des interventions ergothérapeutiques réussies qui ont permis à leur enfant de participer régulièrement aux activités motrices de leur choix, tant au sein de la communauté qu'à domicile, tout en créant des opportunités favorisant une participation sociale accrue (Morgan & Long, 2012).

6. Collaboration entre ergothérapeute et parents :

Comme évoqué précédemment, l'ergothérapeute collabore en permanence avec la famille, en particulier avec les parents de l'enfant, dans le cadre de son accompagnement en ergothérapie. Selon Hanna et Rodger (2002), la collaboration se définit comme « travailler ensemble vers un objectif commun ». Cette définition souligne une coopération active plutôt qu'une simple association entre deux ou plusieurs personnes. Ainsi, cette relation de partenariat engage pleinement les parents dans la planification et la mise en œuvre des interventions. Cela implique un partage des responsabilités pour fixer les objectifs, adapter les stratégies et suivre les progrès de l'enfant. Centré sur la famille, ce modèle favorise une approche personnalisée, répondant aux besoins spécifiques de chaque enfant (Hanna & Rodger, 2002).

D'ailleurs, le terme « partenariat » a récemment été intégré au vocabulaire des ergothérapeutes pour désigner une nouvelle forme de collaboration avec les familles. Ce partenariat entre l'ergothérapeute et les parents permet un accompagnement qui s'inscrit au plus près de la vie quotidienne de l'enfant (Novak & Honan, 2019). Cette approche collaborative renforce l'efficacité des interventions en assurant que les stratégies mises en place en thérapie sont cohérentes et applicables dans le cadre familial et quotidien.

Pour différentes raisons, le travail avec la famille est incontournable pour l'ergothérapeute pédiatrique. Tout d'abord, la principale indication pour le traitement en ergothérapie est la limitation de l'individu

dans ses occupations, c'est-à-dire dans les activités qui ont une valeur socioculturelle et un sens personnel et qui permettent la participation à la société. Les occupations comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs (Meyer, 2007). C'est en famille que l'enfant construit son « profil occupationnel » : il apprend comment utiliser son temps et la valeur de chaque activité de la vie quotidienne (Humphry & Case-Smith, 2005). Les membres de la famille construisent et transmettent un modèle culturel, une trame pour juger les événements et pour décider comment interagir, à l'intérieur et à l'extérieur de la maison (Humphry & Case-Smith, 2005). Ensuite, les séances d'ergothérapie n'occupent que des petits moments dans la vie de l'enfant, alors que la famille représente pour lui une source de continuité et d'évolution (Santinelli, 2012).

Les ergothérapeutes ont toujours reconnu l'importance de la participation des parents dans les interventions auprès des enfants. Les tendances actuelles en matière de prestation de services pédiatriques sont orientées vers des soins centrés sur la famille, l'un des éléments centraux de cette approche étant la collaboration parents-thérapeutes dans la planification et l'évaluation des interventions (Hanna & Rodger, 2002).

V. Problématique :

L'accompagnement des enfants atteints de TDC nécessite une approche holistique et collaborative, impliquant non seulement les professionnels de santé, mais également les parents et l'entourage familial. Le TDC, caractérisé par des difficultés significatives dans l'acquisition et l'exécution des habiletés motrices, affecte directement les AVQ plus précisément les soins personnels telles que s'habiller, se nourrir et maintenir une hygiène personnelle (DSM-5, 2013; INSERM, 2019). L'ergothérapeute, en tant qu'acteur central de cette prise en charge pluridisciplinaire, joue un rôle essentiel dans l'accompagnement des enfants et de leurs familles. En favorisant la participation des parents, l'ergothérapeute assure une continuité des interventions au sein du cadre familial, ce qui est crucial pour le développement de l'autonomie et de l'indépendance des enfants (FAURE et al., 2019d). Cette collaboration se manifeste par l'éducation des parents aux stratégies ergothérapeutiques, l'adaptation de l'environnement domestique et scolaire, ainsi que par la mise en place de routines et d'outils spécifiques facilitant les soins personnels (Huron, 2017 ; Mandich et al., 2003). De plus, l'implication des parents contribue à améliorer la dynamique familiale, réduisant ainsi le stress émotionnel et financier souvent associé au TDC (Licari et al., 2021). **Ainsi, la problématique de ce mémoire est la suivante : Comment l'ergothérapeute favorise-t-il la participation des parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC pour développer leur indépendance dans la réalisation des soins personnels ?**

Cadre théorique et conceptuel :

Afin de répondre à la problématique, nous allons étudier certains concepts clés. En effet, le cadre théorique et conceptuel de ce mémoire repose sur l'intégration des notions de performance occupationnelle et de l'occupational performance coaching (OPC). Ces concepts sont essentiels pour comprendre comment l'ergothérapie peut favoriser la participation des parents dans l'accompagnement des soins personnels des enfants atteints de TDC âgés de 5 à 11 ans. Nous avons mis l'accent sur ces occupations, car ce sont des activités où les enfants sont en contact direct avec leurs parents.

L'appropriation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) permet de structurer cette réflexion en alignant les dimensions personnelles, occupationnelles et environnementales de l'enfant et de sa famille. Ces concepts sont interconnectés et forment une chaîne logique dans le processus d'intervention ergothérapique, facilitant ainsi une approche holistique et personnalisée pour chaque enfant et chaque famille.

I. La performance occupationnelle :

La performance occupationnelle est le résultat de l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation. Elle est définie comme l'expérience dynamique d'une personne engagée dans des activités et des tâches intentionnelles au sein d'un environnement (Law et al., 1996).

Elle est considérée comme un phénomène complexe et dynamique. Elle prend en compte des dimensions à la fois spatiales et temporelles, et est façonnée par l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation dans laquelle la personne s'engage. La performance occupationnelle nécessite la capacité d'équilibrer les occupations et les perceptions de soi et de l'environnement, qui entrent parfois en conflit, tout en intégrant des priorités changeantes. Tout au long de la vie, les individus négocient constamment leur perception d'eux-mêmes et de leurs rôles, tout en attribuant un sens à leurs occupations et à l'environnement qui les entoure (Law et al., 1996).

Selon Fisher (2009), la performance occupationnelle se définit comme « ce que fait la personne à ce moment, son comportement observable ». En ergothérapie, ce concept renvoie à la capacité d'un individu à réaliser efficacement les AVQ, telles que les soins personnels, l'habillement, l'alimentation et l'hygiène (Townsend & Polatajko, 2013). Cette notion est particulièrement primordiale chez les enfants atteints de TDC, car leurs difficultés motrices compromettent leur autonomie et leur indépendance dans ces activités essentielles telles que les soins personnels, impactant ainsi leur participation et leur engagement dans la vie quotidienne.

II. Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) :

1. Définition du modèle conceptuel :

Un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique ». Il sert à structurer la réflexion clinique autour d'un patient, permettant ainsi d'adapter son accompagnement de manière personnalisée (Morel-Bracq, 2017, P.2). Les ergothérapeutes utilisent des modèles conceptuels pour analyser et structurer leur réflexion face à une situation problématique, facilitant ainsi l'organisation de leur pratique.

Le MCREO (**Annexe 3**) a été développé en 1997 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE, 1997). C'est un modèle qui met en lumière l'interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement (Morel-Bracq, 2017).

L'utilisation du MCREO est pertinente pour ce mémoire, car il met en évidence l'interaction entre l'enfant, ses parents, l'environnement et l'occupation des soins personnels. Ce cadre théorique permet d'analyser comment l'implication des parents et l'accompagnement de l'ergothérapeute influencent la performance occupationnelle des enfants atteints de TDC. En adoptant une approche centrée sur la personne et son environnement, le MCREO met en valeur le rôle clé des parents dans le développement de l'autonomie de leur enfant et fournit une structure cohérente pour examiner leur participation aux soins personnels.

2. Les composantes du MCREO :

Le MCREO repose sur trois sphères interconnectées qui influencent la performance et l'engagement d'une personne dans ses occupations (Morel-Bracq, 2017).

2.1 La personne :

La personne est un être unique qui agit dans son environnement et interagit avec ses occupations. Elle est définie par **quatre dimensions interconnectées** :

- **Dimension affective** : Englobe les émotions, les motivations et l'engagement personnel dans les activités.
- **Dimension cognitive** : Regroupe les capacités intellectuelles, les fonctions exécutives, la mémoire et les habiletés d'apprentissage.
- **Dimension physique** : Correspond aux capacités motrices, sensorielles et physiologiques influençant l'accomplissement des tâches.
- **Dimension spirituelle** : Représente les valeurs, les croyances et le sens que la personne accorde à ses occupations. La spiritualité est au cœur du modèle, car elle oriente le choix et l'investissement dans les activités significatives.

2.2 L'occupation :

L'occupation regroupe l'ensemble des activités réalisées par une personne, et se divise en trois grandes catégories :

- **Les soins personnels** : Activités essentielles à la survie et au bien-être, incluant l'habillement, l'hygiène, l'alimentation et le repos.
- **La productivité** : Activités contribuant au développement personnel et social, telles que le travail, l'éducation, les tâches domestiques et les responsabilités familiales.
- **Les loisirs** : activités de détente, de jeu et de socialisation, favorisant le bien-être et l'épanouissement personnel.

2.3 L'environnement :

L'environnement est une composante essentielle du MCREO, car il influence fortement la performance et l'engagement occupationnel. Il est divisé en **quatre dimensions** :

- **Environnement physique** : Comprend les infrastructures, le mobilier, les objets du quotidien et l'accessibilité des lieux (ex. : escaliers, rampes, luminosité, espace de travail).
- **Environnement institutionnel** : Regroupe les lois, les politiques et les services de soutien influençant la participation aux activités (ex. : accessibilité aux services d'ergothérapie, règles scolaires).
- **Environnement culturel** : Inclut les valeurs, les croyances et les pratiques sociétales influençant les choix et les attentes en matière d'occupation (ex. : normes sociales sur l'autonomie des enfants dans les soins personnels).
- **Environnement social** : Fait référence aux relations et interactions avec la famille, les amis, les enseignants et les professionnels de santé. Il peut soit soutenir, soit limiter l'engagement occupationnel, en effet, l'ergothérapeute joue un rôle clé en établissant un partenariat avec les parents, afin qu'ils deviennent des acteurs engagés dans l'accompagnement de leur enfant. À travers une approche collaborative, le thérapeute évalue les limitations spécifiques de l'enfant et propose des stratégies adaptées pour favoriser l'acquisition progressive des compétences nécessaires aux soins personnels. Cela peut inclure l'adaptation de l'environnement physique (ex. : vêtements faciles à enfiler, ustensiles ergonomiques), l'enseignement de techniques adaptées ou encore l'accompagnement parental à travers du coaching en performance occupationnelle (OPC).

III. Occupational performance coaching (OPC) :

1. Définition et principes de l'OPC :

Le coaching en performance occupationnelle (OPC) est une intervention de coaching qui aide les parents à reconnaître et à mettre en œuvre des changements dans l'environnement social et physique

afin de favoriser une performance occupationnelle plus réussie pour eux-mêmes et pour leurs enfants. L'OPC utilise la résolution collaborative de problèmes dans le cadre d'une relation de coaching, où les parents sont guidés pour identifier et mettre en œuvre des solutions autonomes et efficaces face aux dilemmes de performance occupationnelle. C'est une méthode permettant aux ergothérapeutes de soutenir les parents dans la réalisation de leurs objectifs pour eux-mêmes et pour leurs enfants (Graham et al., 2008).

L'OPC est décrit en lien avec les principes de la pratique contemporaine, en particulier le fait que l'intervention est à la fois centrée sur la famille et sur l'occupation et qu'elle conduit, aussi directement que possible, à la facilitation de la participation des enfants à la maison et dans la communauté.

Les caractéristiques uniques de l'OPC reposent sur une analyse collaborative ouverte de la performance avec les parents et sur une recherche de solutions initiée par ces derniers. Leur apport potentiel aux interventions actuellement utilisées par les thérapeutes est également mis en avant (Graham et al., 2008).

L'OPC s'appuie sur une perspective de facilitation du handicap, en particulier la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF, Organisation Mondiale de la Santé, 2001), et utilise une approche de raisonnement clinique "top-down" qui commence par une exploration des rôles occupationnels et des compétences, plutôt que par une analyse des composantes de la performance (Graham et al., 2008).

Les deux objectifs principaux de l'OPC sont de développer les compétences des parents en résolution de problèmes pour créer des environnements plus favorables pour eux-mêmes et leurs enfants, et de faciliter une participation accrue des enfants et des parents à des activités et environnements valorisés (Graham et al., 2008).

Le développement de l'OPC a été influencé par trois perspectives contemporaines de la pratique : la pratique centrée sur la famille, l'intervention basée sur l'occupation, et un cadre de facilitation du handicap (Graham et al., 2008).

2. Pratique centrée sur la famille :

La pratique centrée sur la famille est une approche exemplaire dans le domaine de la santé infantile et familiale qui a une influence marquée sur l'ergothérapie. Elle considère la famille dans son ensemble ; parents, enfants en situation de handicap et frères et sœurs comme « le patient », en se focalisant sur les compétences et ressources nécessaires pour gérer les soins continus. Issue de la pratique centrée sur le patient, cette approche intègre des théories telles que celle des systèmes familiaux, l'éco-culturelle et les modèles transactionnels du développement, en affirmant que le développement optimal de l'enfant dépend de la prise en compte des besoins de toute la famille. Ainsi, elle incite les thérapeutes à élargir leur intervention pour répondre aux besoins occupationnels de tous les membres de la famille (Graham et al., 2008).

La pratique centrée sur la famille valorise l'implication active des parents dans la prise de décision, les intégrant comme membres essentiels de l'équipe professionnelle et reconnaissant leur expertise. Les thérapeutes sont ainsi amenés à promouvoir cette participation tout en tenant compte des influences contextuelles sur le développement de l'enfant. Toutefois, l'adoption de cette approche exige une révision des pratiques traditionnelles et des modèles d'intervention, ce qui peut entraîner une confusion des rôles, une perte de contrôle et un stress chez les professionnels, particulièrement en raison de la nécessité d'une polyvalence accrue. De plus, l'utilisation de modèles axés sur les déficiences, comme le traitement neurodéveloppemental, tend à être en contradiction avec les principes écologiques de la pratique centrée sur la famille (Graham et al., 2008).

Pour surmonter ces défis, il est recommandé que les thérapeutes adoptent une posture de coach en agissant en tant qu'amis, guides ou informateurs, en renforçant la confiance dans les capacités parentales et en fournissant des informations pratiques et opportunes. Dans ce contexte, l'OPC émerge comme une approche alternative, centrée sur les objectifs et l'autonomie des parents, favorisant ainsi une amélioration continue de la performance occupationnelle dans des environnements naturels (Graham et al., 2008).

Dans l'OPC, le thérapeute adopte simultanément les rôles d'informateur, de guide et de coach en collaborant étroitement avec le parent. Ce partenariat repose sur un échange d'informations concernant le contexte de performance et diverses stratégies, où le thérapeute encourage le parent à identifier les influences sur la performance et à puiser dans ses réussites passées pour découvrir de manière autonome des solutions adaptées à la niche éco-culturelle de sa famille. La responsabilité de modifier les routines familiales est ainsi transférée au parent, qui devient le leader de ce processus. Le thérapeute conserve un sentiment de contrôle en orientant le processus de résolution de problèmes, ce qui conduit à l'élaboration de plans d'action jugés par le parent comme réalisables, pertinents et susceptibles de fonctionner. Ces plans, élaborés à partir des meilleures preuves disponibles et de l'expérience clinique, se traduisent par des tentatives concrètes d'application, tant pendant qu'entre les sessions (Graham et al., 2008).

3. Pratique centrée sur l'occupation :

Les approches centrées sur l'occupation, aussi appelées approches « top-down » en ergothérapie, reposent sur l'engagement du patient dans des occupations pour évaluer, intervenir et mesurer les résultats. L'OPC illustre parfaitement cette démarche. En mettant en lumière le lien direct entre l'intervention et les objectifs occupationnels du patient, ces approches démontrent, à travers un ensemble croissant de preuves, l'importance de se focaliser sur l'activité réellement préoccupante. Par ailleurs, elles remettent en cause l'idée que cibler uniquement les composantes de la performance entraîne automatiquement une amélioration de celle-ci. Pour ces raisons, la pratique centrée sur

l'occupation gagne en reconnaissance et est de plus en plus préconisée par les experts en ergothérapie (Graham et al., 2008).

L'évaluation centrée sur l'occupation débute par une discussion sur les rôles et les exigences des tâches des parents et des enfants. Pour établir des repères, les thérapeutes peuvent utiliser des outils comme la MCRO (Mesure canadienne du rendement occupationnel), qui aide à mesurer la performance en lien avec ces rôles. Lors de la définition des objectifs, on incite les parents à imaginer en détail leur situation idéale, afin de mettre en évidence les écarts entre la performance actuelle et celle souhaitée (Graham et al., 2008).

Ensuite, une « analyse occupationnelle collaborative » est réalisée : un processus d'observation et de réflexion partagé entre le parent et le thérapeute. Cette analyse peut se faire à travers l'observation directe (en situation réelle ou via une vidéo) ou par le biais de discussions, en fonction de la nature de l'objectif (par exemple, discuter des routines du coucher ou observer l'habillage). Des cadres d'analyse comme l'Analyse Dynamique de la Performance ou le système Perceive, Recall, Plan, Perform orientent cette démarche. La collaboration avec les parents est essentielle, car ils fournissent des informations clés sur les préférences et les expériences de leur enfant, ainsi que sur leur propre perception de la situation, contribuant ainsi à une compréhension approfondie des facteurs influençant la performance (Graham et al., 2008).

La pratique centrée sur l'occupation intègre une analyse de l'environnement, car la performance résulte de l'interaction dynamique entre la personne, l'occupation et son milieu. Cet environnement peut agir comme un obstacle ou un facilitateur de la performance. Pour les enfants, les parents jouent un rôle essentiel puisqu'ils influencent de nombreux aspects de la tâche et du contexte, et fournissent des informations précieuses sur les réponses de leurs enfants ainsi que sur les valeurs et priorités familiales (Graham et al., 2008).

Dans l'OPC, la contribution des parents est centrale. Les interventions se construisent à partir de conversations collaboratives entre le thérapeute et les parents, permettant d'identifier et de modifier les éléments de l'environnement qui freinent ou favorisent la performance. Les plans d'action émergent de ces échanges et reposent sur l'analyse conjointe des facteurs liés à l'enfant, à l'occupation et à l'environnement, en valorisant les stratégies déjà existantes chez les parents (Graham et al., 2008).

Le rôle du thérapeute est d'apporter ses connaissances cliniques pour proposer des stratégies visant à améliorer le contexte de performance, tout en laissant aux parents la liberté de décider de leur application dans leur environnement familial. Cette approche top-down et centrée sur l'occupation est fondamentale pour valoriser l'ergothérapie et pour répondre aux attentes tant des gestionnaires de

services que des patients. L'OPC permet ainsi de placer l'occupation au cœur de la pratique clinique auprès des enfants et de leurs parents (Graham et al., 2008).

4. Facilitation :

La facilitation (enablement) vise à garantir que les interventions permettent aux enfants et à leurs familles de participer pleinement aux activités quotidiennes. Cette approche, attendue par les prestataires de soins et prônée par les organismes professionnels, met l'accent sur la participation aux contextes valorisés, un objectif essentiel pour le bien-être des personnes en situation de handicap. La notion de participation, telle que définie par la CIF, reconnaît que le handicap est multifactoriel et fortement influencé par l'environnement, en ligne avec les modèles sociaux du handicap (Graham et al., 2008).

Les preuves montrent que la participation à des activités significatives favorise le développement positif et le bien-être des enfants et de leurs familles. Ainsi, la facilitation de la participation encourage les thérapeutes à considérer davantage les facteurs environnementaux affectant la performance des patients, plutôt que de se concentrer uniquement sur la réparation des structures corporelles (Graham et al., 2008).

L'OPC est une intervention axée sur la facilitation qui consiste à coacher les parents pour créer des environnements de performance favorables, tant pour eux-mêmes que pour leurs enfants. Les parents ont une influence majeure sur les environnements domestiques et communautaires de leur famille et constituent eux-mêmes un aspect clé de l'environnement social des enfants. Par conséquent, ils jouent un rôle essentiel en facilitant leur propre performance occupationnelle ainsi que celle de leurs enfants. L'OPC les aide à mettre en œuvre, maintenir et généraliser des changements de performance, permettant ainsi d'étendre ces améliorations à d'autres contextes et occupations (Graham et al., 2008).

IV. Hypothèse :

Après avoir exploré les concepts clés liés au TDC, les enjeux de la performance occupationnelle et les approches ergothérapeutiques telles que l'OPC, il est essentiel de formuler une hypothèse orientant la réflexion et la recherche. Celle-ci s'appuie sur les fondements théoriques et pratiques présentés, en particulier sur le rôle central des parents dans l'accompagnement des enfants atteints de TDC et sur l'importance d'une intervention ergothérapeutique centrée sur la famille. L'hypothèse vise à évaluer l'impact de l'OPC, une méthode de coaching centrée sur les occupations, sur la performance occupationnelle des enfants dans les soins personnels. En impliquant activement les parents dans le processus thérapeutique, l'OPC favorise un environnement propice à l'apprentissage, à l'autonomie et à l'indépendance de l'enfant, contribuant ainsi à l'amélioration de ses compétences motrices et à son engagement dans les activités quotidiennes. Ainsi, l'hypothèse suivante est formulée : **l'utilisation de**

l'Occupational Performance Coaching (OPC) par l'ergothérapeute auprès des parents améliore la performance occupationnelle des enfants atteints de TDC dans les soins personnels.

Cadre expérimental :

I. Méthodologie de l'enquête :

Ce mémoire d'initiation à la recherche explore comment l'utilisation de l'OPC par les ergothérapeutes peut encourager l'engagement des parents d'enfants de 5 à 11 ans atteints de TDC, afin de favoriser leur indépendance dans les soins personnels.

Pour rappel, j'ai établi la problématique suivante : **Comment l'ergothérapeute favorise-t-il la participation des parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC pour développer leur indépendance dans la réalisation des soins personnels ?** Pour répondre à cette problématique, j'ai émis l'hypothèse suivante : **l'utilisation de l'Occupational Performance Coaching par l'ergothérapeute auprès des parents améliore la performance occupationnelle des enfants âgés de 5- 11 ans atteints de TDC dans les soins personnels.**

1. Les objectifs de l'enquête :

Afin de répondre à ma problématique et de valider ou invalider mon hypothèse, une enquête sera réalisée. Cette enquête a pour objectifs :

1. Repérer l'impact du TDC sur la performance occupationnelle des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC dans les soins personnels.
 - Critères d'évaluation :Analyse qualitative via des entretiens avec les ergothérapeutes afin d'identifier les domaines spécifiques des soins personnels (habillage, alimentation, hygiène) affectés par le TDC et impactant la performance occupationnelle.
2. Identifier à quelle fréquence et pour quelles raisons le coaching en performance occupationnelle est utilisé pour accompagner les parents d'enfants atteints de TDC présentant des difficultés occupationnelles dans les soins personnels.
 - Critères d'évaluation : Recueil qualitatif lors d'entretiens avec les ergothérapeutes pour déterminer s'ils recourent au coaching parental, dans quel contexte, la manière dont cette méthode est mise en œuvre, ses limites et les difficultés parentales qui ont motivé son utilisation.
3. Analyser l'impact du coaching en performance occupationnelle sur l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants dans les soins personnels.

- Critères d'évaluation : Identification, à travers les entretiens, des termes et des indicateurs qualitatifs associés à l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants suite à l'intervention de l'OPC.
4. Différencier l'utilisation de l'OPC par les ergothérapeutes de celle d'autres professionnels intervenant auprès d'enfants atteints de TDC.
- Critères d'évaluation : Recueillir, à travers les entretiens, la manière dont les ergothérapeutes perçoivent leur spécificité dans l'utilisation de l'OPC par rapport à d'autres professionnels. Il s'agira notamment d'identifier les compétences propres à l'ergothérapie mobilisées dans cette approche, les éléments distinctifs de leur posture, ainsi que les avantages perçus du coaching OPC dans leur pratique clinique auprès des familles.

2. La population :

Une fois les objectifs de l'enquête définis, le choix de la population constitue une étape essentielle pour garantir la pertinence et la fiabilité des données recueillies. La population ciblée dans ce mémoire regroupe des **ergothérapeutes diplômés d'état**, exerçant ou ayant exercé **en pédiatrie**, avec une **expérience d'au moins un an** auprès d'enfants âgés de **5 à 11 ans diagnostiqués avec un TDC**. Ces professionnels doivent **utiliser ou maîtriser l'OPC** dans leur pratique clinique, car cette approche est au cœur de la problématique étudiée. Leur pratique peut s'inscrire dans **différents contextes d'exercice**, tels que le **libéral**, les **SESSAD**, ou encore les **structures hospitalières**. Enfin, leur **volonté de participer à l'étude** et de **partager leurs expériences professionnelles** constitue également un critère indispensable à leur inclusion. Ce choix de population permet d'avoir des retours riches et contextualisés sur l'usage du coaching parental en ergothérapie et ses effets sur la participation parentale et l'autonomie de l'enfant dans les soins personnels.

Le recrutement des participants repose sur une méthode non aléatoire, dite « en boule de neige ». Je prévois de contacter en premier lieu des ergothérapeutes de mon réseau professionnel ainsi que mes tutrices de stage, susceptibles de me mettre en lien avec d'autres collègues exerçant en pédiatrie, utilisant l'OPC et accompagnant des enfants atteints de TDC. L'échantillon pourra ainsi s'élargir progressivement au fil des recommandations. Un appel à participation, précisant les objectifs de l'étude ainsi que les critères d'inclusion, sera également diffusé sur les réseaux sociaux. Les professionnels intéressés seront ensuite contactés par mail ou téléphone, et un entretien leur sera proposé, avec en amont la remise d'un formulaire de consentement éclairé.

L'échantillon envisagé comprendra entre 2 et 3 ergothérapeutes volontaires. Ce format permet de conduire des entretiens qualitatifs riches et d'explorer différentes expériences de terrain. Le nombre exact de participants pourra être ajusté selon les disponibilités.

Tableau 1 : Présentation des critères d'inclusion et de non-inclusion de l'enquête :

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
-Ergothérapeutes ayant le DE et exerçant en pédiatrie. -Ergothérapeutes intervenant auprès d'enfants âgés de 5 à 11 ans diagnostiqués avec un TDC, avec au moins un an d'expérience. -Ergothérapeutes qui utilisent et/ou maîtrisent l'OPC dans leur pratique clinique. -Ergothérapeutes exerçant en libéral, en SESSAD ou dans une structure hospitalière. -Ergothérapeutes qui acceptent de participer à l'étude et partager leurs pratiques professionnelles.	-Ergothérapeutes n'ayant jamais travaillé avec des enfants présentant un TDC. -Ergothérapeutes exerçant exclusivement dans d'autres domaines (par exemple, en gériatrie ou en rééducation adulte) sans lien avec la pratique pédiatrique. -Ergothérapeutes n'utilisant pas l'OPC.

3. L'outil d'investigation :

Dans le cadre de cette enquête, j'ai choisi d'utiliser l'entretien comme principal outil d'investigation. Considéré comme une « situation d'interaction » ou une « conversation » (Sifer-Rivière, 2016), l'entretien permet de recueillir des données qualitatives directement issues du vécu et de l'expérience des personnes interrogées. Cet outil s'avère particulièrement pertinent pour répondre à mes objectifs de recherche, car il offre la possibilité de faire émerger le point de vue des ergothérapeutes, leurs savoirs, savoir-faire et réflexions autour de leur pratique (Sifer-Rivière, 2016, p. 87). Parmi les différentes formes d'entretien existantes, j'ai opté pour le format semi-directif. Ce choix me permet d'aborder les thématiques clés tout en laissant suffisamment de liberté aux participants pour s'exprimer de manière spontanée et approfondie (Fenneteau, 2015).

Par ailleurs, cette enquête s'appuie sur une démarche qualitative fondée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes intervenant auprès d'enfants atteints de TDC. Ce type d'entretien permet d'explorer en profondeur les pratiques professionnelles ainsi que les perceptions personnelles liées à l'utilisation de l'OPC. Il offre une meilleure compréhension des dynamiques en jeu dans la mise en œuvre de cette approche, notamment en ce qui concerne l'implication des parents dans les soins personnels de leur enfant. Grâce à cette méthode, des données riches, contextualisées et directement issues du vécu des professionnels pourront être recueillies, apportant des éléments essentiels pour répondre à la problématique de recherche et questionner l'hypothèse posée.

Pour atteindre les objectifs de l'enquête et compte tenu du peu de développement du coaching parental, il est indispensable de recueillir le ressenti et les expériences des ergothérapeutes sur ce sujet pour confirmer ou infirmer l'hypothèse.

Pour recueillir les données, un entretien semi-structuré sera réalisé à l'aide d'un guide spécialement conçu. Pour cela, un guide d'entretien a été élaboré comme indiqué sur (**Annexe 4**). Celui-ci se compose de quatre parties. Tout d'abord, une brève introduction me permettra de me présenter, d'expliquer le sujet de l'étude, d'indiquer la durée prévue de l'entretien et de détailler son déroulement, tout en soulignant l'importance de l'anonymat et de la confidentialité. Ensuite, la discussion sera structurée autour de quatre thématiques clés : (1) l'impact du TDC sur la performance occupationnelle dans les soins personnels, (2) l'utilisation de l'OPC dans la pratique ergothérapique, (3) l'impact du coaching parental via l'OPC sur l'amélioration de la performance occupationnelle, (4) la différenciation de l'utilisation de l'OPC par les ergothérapeutes de celle d'autres professionnels intervenant auprès d'enfants atteints de TDC et enfin, (5) une ouverture pour recueillir de nouveaux apports et suggestions. L'entretien se conclura par des remerciements et un rappel succinct de la problématique ainsi que de l'hypothèse de l'étude. Les participants auront la possibilité de choisir de réaliser l'entretien par téléphone ou en visioconférence.

L'organisation des questions dans le guide d'entretien suit à la fois une logique thématique et chronologique, afin de favoriser une conversation cohérente et neutre tout au long de l'échange (Demoncy, 2016).

II. Résultats et analyse :

Grâce aux modalités d'accès mises en place pour constituer mon échantillon, j'ai pu interroger trois ergothérapeutes exerçant dans différents cabinets libéraux. Un entretien a été mené en visioconférence, les deux autres par téléphone.

Pour faciliter la rédaction tout en garantissant l'anonymat des participants, j'ai attribué à chaque ergothérapeute un code composé de la lettre « E » suivie d'un chiffre allant de 1 à 3 : E1, E2 et E3.

L'ensemble des entretiens a été retranscrit dans son intégralité. J'ai choisi de conserver l'un des entretiens E1 en annexe pour sa pertinence au regard de mon cadre conceptuel (**Annexe 5**). L'analyse des données a suivi une approche qualitative hybride, combinant induction (catégories issues des verbatims) et déduction (concepts issus du cadre théorique).

1. Présentation des ergothérapeutes et leurs parcours professionnels:

Dans cette partie, je vous présente les ergothérapeutes interrogés et leurs parcours afin d'avoir une idée sur la population incluse dans mon étude. Les données ont été classifiées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Présentation des ergothérapeutes et leurs parcours professionnels auprès des enfants atteints de TDC.

	E1	E2	E3
Sexe/Âge	Homme/ 30	Femme/ 37	Femme/ 40
Année d'obtention du diplôme	2015	2009	2007
Durée de l'expérience en libéral	10 ans	9 ans	12 ans
Expérience professionnelle antérieure	Ø	Gériatrie, SESSAD et Crèche	médecine physique et de réadaptation, service neurologie et EHPAD
Expérience avec les enfants ayant un TDC	Depuis le libéral	Depuis le libéral	Depuis le libéral
Formation spécifique au TDC	Ø	Ø	Formation sur l'intervention pour le public TND, la sensibilisation de l'utilisation du MABC-2, OPC

Les trois ergothérapeutes interrogés (un homme, deux femmes, d'environ 35 ans) exercent en libéral depuis plus de cinq ans auprès d'enfants de 5 à 11 ans atteints de TDC. E1 a toujours travaillé en pédiatrie, tandis qu'E2 et E3 ont une expérience en gériatrie, SESSAD, crèche, ou neurologie. E1 s'est spécialisé en pédiatrie dès le début de sa carrière, tandis qu'E2 et E3 ont une expérience antérieure en gériatrie, en SESSAD, en crèche ou en neurologie. Tous ont suivi des formations pour enrichir leur

pratique professionnelle en général; E3 a précisé avoir été formée spécifiquement aux troubles du neurodéveloppement (TND), incluant l'usage du MABC-2 et l'approche OPC.

2. Présentation des résultats et leurs analyses :

Dans cette partie, les résultats issus des entretiens menés avec les ergothérapeutes sont présentés, accompagnés de leur analyse. La présentation suit une structure thématique, basée sur les grands axes définis dans le guide d'entretien. Une méthode d'analyse thématique a été utilisée afin de croiser et comparer les propos recueillis. Pour rendre cette lecture plus accessible, des tableaux et figures illustreront les résultats, chacun étant suivi d'une analyse approfondie.

2.1 Thème 1 : Impact du TDC sur la performance occupationnelle des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC dans les soins personnels :

À la suite de plusieurs lectures approfondies des données recueillies, six sous-thèmes ont pu être identifiés à ce niveau.

• Sous-thème 1 : La définition de la performance occupationnelle :

Dans le but de recueillir la définition personnelle de la performance occupationnelle selon le point de vue des ergothérapeutes interrogés, la question suivante leur a été posée : « *Selon vous, qu'est-ce que la performance occupationnelle ?* ».

Les réponses obtenues mettent en lumière les définitions suivantes:

E1	« Pour moi, la performance occupationnelle , ça serait un équivalent de la participation dans une occupation. Donc le niveau de réalisation. »
E2	« Ouais, pour moi la performance occupationnelle c'est la capacité à réaliser de façon efficace et satisfaisante une de ses occupations, peu importe que ça soit dans les soins personnels, des activités de vie quotidienne, de loisirs, de scolarité, etc. »
E3	« Alors bah la performance occupationnelle c'est ce qu'on pourrait traduire aussi par rendement occupationnel. Et le rendement occupationnel , c'est la capacité d'une personne à choisir, à faire des activités qui ont du sens pour elle, qui sont en lien avec ses valeurs, son identité. Donc c'est vraiment la capacité d'une personne à choisir et à réaliser des occupations. »

Figure 1 : La définition personnelle de la performance occupationnelle selon l'ergothérapeute interrogé.

Tous les ergothérapeutes interrogés ont livré une représentation relativement similaire de **la performance occupationnelle**. Elle est principalement définie comme la capacité à effectuer ou à réaliser une occupation de manière concrète, satisfaisante et significative pour la personne.

L'ergothérapeute E1 associe directement cette notion à celle de participation, mettant l'accent sur le niveau de réalisation dans une activité donnée. Cette vision rejoint celle de E2, qui insiste sur l'idée d'efficacité et de satisfaction dans l'accomplissement des occupations, quelle que soit leur nature (soins personnels, loisirs, scolarité...). Quant à E3, elle introduit le terme rendement occupationnel, soulignant que la performance ne se limite pas à l'exécution d'une tâche, mais implique aussi le choix d'activités porteuses de sens, en lien avec les valeurs, les préférences et l'identité de la personne. Cela reflète bien la perspective centrée sur la personne, inhérente à la pratique ergothérapique.

• **Sous-thème 2 : Le repérage de l'impact du TDC sur la performance occupationnelle des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC dans les AVQ.**

Afin de mieux comprendre les répercussions du TDC sur la performance occupationnelle des enfants, une question spécifique a été posée aux ergothérapeutes concernant les difficultés observées dans les AVQ. Les réponses recueillies montrent que les domaines du soin personnel, notamment l'alimentation, l'hygiène et l'habillement et des loisirs sont particulièrement affectés chez cette population.

Le tableau suivant synthétise les observations partagées par les trois ergothérapeutes interrogés :

Tableau 3 : les répercussions du TDC sur la performance occupationnelle des enfants dans les AVQ :

Impact du TDC sur les AVQ	Ergothérapeute		
	E1	E2	E3
Habillage : laçage des chaussures, orientation des vêtements, fermetures (boutons, zips), gestion des vêtements plus complexes (sweats, chemises)	X	X	X
Hygiène corporelle : toilette, intimité, douche, se brosser les dents,	X	X	X
Alimentation : difficultés à manipuler ustensiles, manger de façon efficace	X	X	X
Loisirs et motricité globale : apprentissage du vélo, manipulation d'outils scolaires, se déplacer		X	
Variabilité inter-individuelle (certains enfants moins touchés, ou difficultés centrées sur l'école/les loisirs)	X		X

Les trois ergothérapeutes E1, E2, et E3 s'accordent sur les difficultés majeures dans les soins personnels, notamment dans le habillage, qui mobilise des habiletés motrices fines : laçage, boutons, orientation des vêtements. Ils relèvent également des problèmes récurrents d'autonomie en hygiène, comme le brossage des dents ou la toilette, ainsi que des difficultés en alimentation (manipulation des couverts, lenteur). E2 mentionne également des limitations dans les activités de motricité globale (vélo, déplacements) et scolaires (manipulation d'outils), élargissant l'impact fonctionnel au-delà des soins personnels. E1 et E3 soulignent enfin une variabilité interindividuelle, certains enfants étant moins touchés ou montrant des difficultés ciblées, notamment dans le cadre scolaire.

• **Sous-thème 3 : Méthodes d'évaluation de la performance occupationnelle:**

Afin de comprendre les méthodes d'évaluation utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre du suivi d'enfants atteints de TDC, il a été demandé aux participants de décrire les outils et méthodes qu'ils

utilisent pour évaluer la performance occupationnelle. Le tableau suivant synthétise les modalités d'évaluation citées par les ergothérapeutes interrogés.

Tableau 4 : Méthodes d'évaluation utilisées par les ergothérapeutes :

Méthodes d'évaluation	E1	E2	E3
Observation en situation réelle et dans l'environnement familial et analyses d'activité	X	X	X
Entretiens (MCRO, OT'HOPE) et questionnaires de satisfaction et d'auto-évaluation (parents et enfants)	X	X	X
Outils standardisés et analytiques MCRO, OT'HOPE, PQRS, MABC-2...	X	X	
Mise en situation fonctionnelle	X	X	

Les trois ergothérapeutes privilégient des méthodes qualitatives, telles que l'observation directe de l'enfant dans ses environnements de vie (famille, école) combinée à des analyses d'activités. Cela reflète une approche centrée sur le contexte écologique et la signification des occupations. Les entretiens cliniques et questionnaires sont également employés par tous notamment à travers des outils comme la MCRO ou l'OT'HOPE, permettant de recueillir la perception des parents et parfois de l'enfant sur les difficultés et les priorités. Deux ergothérapeutes E1 et E2 ont recours à des outils standardisés ou analytiques, tels que le PQRS, le MABC-2 ou encore la MCRO, qui est cité à la fois comme outil d'évaluation et de structuration de l'entretien. Enfin, la mise en situation fonctionnelle est mentionnée par E1 et E2 comme support complémentaire pour objectiver les capacités de l'enfant dans un cadre concret.

• **Sous-thème 4: Stratégies d'intervention et mises en situation en ergothérapie auprès des enfants atteints de TDC:**

Dans le cadre de leur pratique clinique auprès d'enfants atteints de TDC, les ergothérapeutes mobilisent diverses stratégies d'intervention afin d'améliorer la performance occupationnelle dans les soins personnels. Le tableau suivant synthétise les principales méthodes évoquées par les trois professionnels interrogés, en croisant leurs approches selon plusieurs axes : types d'intervention, outils utilisés, lieux d'intervention et implication parentale.

Tableau 5 : Les stratégies d'intervention en ergothérapie auprès des enfants atteints de TDC :

Ergothérapeute	E1	E2	E3
Les méthodes d'intervention			
	* Méthodes cognitivo-comportementales : Approche CO-OP (rééducation par stratégie)	—	—

Approches et méthodes d'intervention	* Vidéo-modeling pour acquisition de gestes		
Interventions directes auprès de l'enfant	* Séances individuelles axées sur l'enfant * Techniques motrices et fonctionnelles spécifiques	*Rééducation directe : Top-down majoritaire Bottom-up ponctuel	—
Adaptation de l'environnement	—	*Aménagement de l'environnement, aides techniques	—
Entraînements et mises en situation	—	* Technique de lacet filmée * Scénarios fonctionnels (préparation à la vie quotidienne)	—
Conseils et soutien aux parents	* Guidance parentale : conseils à la maison pour soutenir l'apprentissage * OPC.	* Guidance parentale (accompagnement et co-construction) * OPC.	* Guidance parentale *OPC.
Lieu d'intervention	—	—	* Au cabinet (matériel structuré) * A domicile (environnement naturel)
Activités ludiques	—	—	*Exercices ludiques de motricité fine adaptée (jeux de pince, perles, puzzles) *Supports vidéo pour généralisation des acquis

L'ergothérapeute E1 décrit une approche variée incluant des méthodes cognitivo-comportementales comme l'approche CO-OP et l'utilisation du vidéo-modeling. Il privilégie également l'intervention directe avec l'enfant et la guidance parentale via l'OPC. E2 insiste sur une articulation entre top-down et bottom-up, associée à une mise en situation fonctionnelle (ex. technique de lacet filmée) et des adaptations environnementales. E3 met davantage l'accent sur l'environnement écologique de l'enfant en intervenant à domicile ou au cabinet, en utilisant des activités ludiques de motricité fine et des supports visuels. Tous les ergothérapeutes E1, E2, et E3 intègrent une dimension de guidance parentale et l'utilisation de l'OPC, soulignant son rôle transversal dans l'accompagnement. En effet toutes ces stratégies montrent une diversité de pratiques qui combinent intervention directe, outils de compensation et implication familiale.

• **Sous-thème 5: Les réactions des parents faces aux difficultés rencontrées par leurs enfants atteints de TDC dans l'exécution des soins personnels :**

Les entretiens menés ont permis de mettre en évidence une grande diversité de réactions parentales face aux difficultés rencontrées par leurs enfants atteints de TDC dans les soins personnels. Le tableau suivant illustre, à travers les propos des ergothérapeutes interrogés, les différentes attitudes observées.

Tableau 6 : La variabilité des réactions parentales face aux difficultés de leurs enfants dans les soins personnels

Une grande variabilité des réactions parentales	
E1	« On voit bien que ça dépend, <i>ça dépend beaucoup des situations</i>, des parents et des enfants. » « <i>Il y a des parents pour qui c'est très difficile parce que les soins personnels... c'est attendu que ce soit des occupations bien maîtrisées. C'est difficile de voir leurs enfants toujours en difficulté malgré les efforts.</i> » « <i>Pour d'autres, c'est pas du tout un problème.</i> Il y a des parents qui vont mettre plein de stratégies en place pour compenser, pour éviter d'être confronté à cette activité-là ou à ces difficultés-là. » « <i>Et puis il y a des parents pour qui ce n'est pas un problème... ce n'est pas insatisfaisant pour eux ou alors il y a d'autres choses plus importantes selon eux à résoudre.</i> » « Et pour ceux qui ne trouvent pas ça de problématique alors, <i>les parents font à la place de leurs enfants : oui, ou alors ils ne font pas, tout simplement.</i> » « Bah ils font comme ils peuvent... peut-être que <i>pendant un moment ils vont habiller l'enfant à sa place</i>, et puis le jour où ça sera la priorité, ils mettront en place des stratégies. »
E2	« <i>Alors c'est variable, mais la majorité des parents sont un petit peu soucieux et gênés de voir que bah leur enfant il n'arrive pas, il ne progresse pas et que du coup il gagne pas en autonomie et en indépendance quoi.</i> » « Et <i>ils ne savent pas comment aider leurs enfants</i> et donc c'est pour ça qu'ils recherchent de l'aide. »
E3	« Bah ça dépend des parents. Y en a pour qui ça pose vraiment beaucoup de problèmes, et puis pour d'autres c'est moins la priorité, ça dépend. » « <i>Il y en a pour qui le fait de manger proprement c'est très important parce que c'est dans leur culture.</i> » « Et puis il y en a pour d'autres, le fait que leur enfant soit pas autonome pour se préparer le matin, bah c'est pas du tout un problème. » « C'est même, pour certains, il y en a même qui disent que <i>c'est des moments de plaisir</i> de prendre soin de son enfant. Et que du coup, même si c'est des choses qui sont censées être faites à un certain âge, <i>c'est pas un problème.</i> »

Les données recueillies révèlent une grande variabilité dans les réactions parentales, influencée par des facteurs multiples tels que les représentations culturelles, les priorités éducatives, le vécu émotionnel des parents, ainsi que leur niveau d'acceptation ou de compréhension du TDC. D'ailleurs, E1 souligne cette diversité ce qui reflète une hétérogénéité importante des profils parentaux. Il distingue notamment : Les parents qui vivent difficilement les difficultés d'autonomie de leur enfant, avec des attentes élevées autour des AVQ. Pour eux, la dépendance de leur enfant dans ces gestes du quotidien est vécue comme un échec ou une source de frustration, car ces soins sont perçus comme des compétences « *normalement* » acquises à un certain âge. À l'inverse, d'autres familles ne perçoivent pas ces difficultés comme prioritaires ou problématiques et que certains parents font à la place de leurs

enfants ou mettent en place des stratégies pour éviter d'être confrontés à ces activités, ce qui peut parfois ralentir l'autonomisation de l'enfant.

E2 confirme cette tendance en évoquant une majorité de parents qui sont « *soucieux et gênés* » face au manque de progrès de leur enfant. Elle souligne que ces réactions sont souvent accompagnées d'un sentiment d'impuissance ce qui montre une forte demande d'accompagnement et de guidance professionnelle, notamment à travers des approches qui permet de leur redonner du pouvoir d'action.

E3 met également en évidence des variations selon les normes et les valeurs familiales. Par exemple, elle explique que certaines familles attachent une grande importance à l'apparence et à la propreté à table, ce qui rend les difficultés de l'enfant lors des repas plus problématiques. D'autres, au contraire, considèrent les soins personnels comme des moments de partage, voire de plaisir, même si l'enfant n'est pas autonome. Les entretiens montrent que les réactions parentales sont loin d'être uniformes. Certains parents se sentent en échec et cherchent à compenser ou à éviter les situations frustrantes, tandis que d'autres acceptent les difficultés avec plus de tolérance ou les relativisent.

• Sous-thème 6: Le rôle du soutien parental dans l'amélioration des compétences des enfants TDC au niveau des soins personnels :

Le rôle des parents dans l'accompagnement des enfants atteints de TDC est apparu comme un élément essentiel dans les discours des ergothérapeutes interrogés. Tous soulignent à quel point leur présence, leur compréhension du trouble, et leur implication dans le processus de rééducation sont déterminants dans le développement de l'autonomie de l'enfant, notamment pour les soins personnels. Le tableau suivant synthétise les extraits recueillis à ce sujet :

Tableau 7 : Le rôle du soutien parental dans l'amélioration des compétences des enfants TDC au niveau des soins personnels

La place des parents dans l'amélioration des compétences des enfants TDC au niveau des soins personnels	
E1	« <i>La place du parent dans l'amélioration de la performance... elle est indispensable et elle est très, très importante.</i> » « <i>Effectivement, déjà en expliquant qu'est-ce que TDC et sa conséquence sur la vie quotidienne pour que les parents puissent mieux s'ajuster.</i> » « <i>Les parents, c'est quand même eux qui sont le plus souvent dans le quotidien avec l'enfant, qui sont en train peut-être de l'assister dans ces tâches de soins personnels.</i> » « <i>Si les parents sont bien accompagnés, ils peuvent encore être plus efficaces.</i> » « <i>Souvent d'ailleurs, ils sont très pertinents dans les propositions de stratégies et ils ont déjà mis en place plein de choses quand c'est devenu leur priorité.</i> »
E2	« <i>Il y a plusieurs points là aussi. D'abord de l'écoute auprès du parent pour bien comprendre, bien cibler ses besoins, ses attentes, et que ce soit vraiment un accompagnement personnalisé, en fonction vraiment de chaque situation, chaque environnement, etc.</i> » « <i>Beaucoup plus que... on a tendance à le faire de façon classique. Souvent en ergothérapie, on a l'impression qu'on a une vision globale de l'enfant et qu'on fait un accompagnement personnalisé, mais au final, on a quand même tendance à procéder un petit peu de pareil pour tous les enfants.</i> »

	<i>Donc la première chose, c'est vraiment être bien à l'écoute des besoins du parent. »</i> <i>« Le deuxième rôle, c'est pouvoir répondre à ses questions et à ses attentes, éventuellement en termes d'information et de sensibilisation sur le handicap de son enfant, ses besoins... »</i> <i>« Tout ce qui est partage d'informations, créer un rôle de transmission aussi des connaissances, de son expertise en tant qu'ergothérapeute. »</i> <i>« Et bien sûr aussi un rôle de co-intervention et de favoriser vraiment la co-intervention et le partage d'expériences. Il y a son expertise à lui qu'il peut partager, mais aussi agir conjointement avec l'expertise du parent. »</i>
E3	<i>« Bah c'est primordial de les inclure. »</i> <i>« C'est très important de les inclure d'une manière ou d'une autre d'ailleurs, enfin, en fonction de comment c'est possible. »</i> <i>« Ça peut être en faisant une séance OPC avec le parent, ça peut être faire une mise en situation au domicile en présence des parents. »</i> <i>« Ça peut être envoyer des vidéos de séance si le parent ne peut pas être présent, mais vraiment toujours pour faire du lien et dans cette démarche de collaboration. Mais c'est primordial. »</i>

Les propos des ergothérapeutes convergent vers une vision commune : le soutien parental est indispensable pour favoriser les acquisitions en soins personnels chez les enfants TDC.

E1 insiste particulièrement sur l'aspect quotidien et constant de la présence parentale, soulignant que ce sont eux qui « sont le plus souvent dans le quotidien avec l'enfant », et donc les mieux placés pour généraliser les apprentissages réalisés en séance. Il met également en avant le rôle du parent comme acteur compétent, capable de proposer des stratégies pertinentes lorsque les soins personnels deviennent une priorité. Il précise que, pour cela, les parents doivent être « bien accompagnés » et informés sur le TDC et ses conséquences.

E2 adopte une approche très individualisée. Elle rappelle que le rôle de l'ergothérapeute est d'abord d'écouter le parent, d'identifier ses besoins spécifiques, ses attentes, et d'y répondre avec un accompagnement réellement personnalisé. Elle critique d'ailleurs une certaine standardisation dans les prises en soins, ce qui nuit à la pertinence de l'accompagnement. Elle valorise également un partage de savoirs, où l'ergothérapeute transmet son expertise tout en reconnaissant celle des parents, dans une logique de co-intervention.

E3 exprime également l'importance de l'inclusion systématique des parents, quel que soit le format : séance en présence des parents, coaching parental via l'OPC, ou envoi de vidéos pour garder un lien. Elle parle d'une démarche de collaboration nécessaire, adaptée aux contraintes des familles. Son insistance sur le fait que cette inclusion soit faite « d'une manière ou d'une autre » traduit une grande souplesse d'ajustement dans les modalités d'implication.

L'ensemble des ergothérapeutes E1, E2, et E3 reconnaît que l'implication parentale est une condition essentielle à la réussite des interventions ergothérapeutiques dans les soins personnels. Leur rôle va au-delà de l'assistance : ils sont co-acteurs de la rééducation, porteurs de stratégies, et relais dans

l'environnement naturel de l'enfant. Cela justifie pleinement le recours à des approches comme l'OPC, qui place les parents au centre de l'accompagnement, dans une dynamique de partenariat.

2.2 Thème 2: L'utilisation de l'OPC dans la pratique des ergothérapeutes :

À la suite de plusieurs lectures approfondies des données recueillies, trois sous-thèmes ont pu être identifiés à ce niveau.

• Sous-thème 1 : la différence entre guidance parentale et OPC :

Les ergothérapeutes interrogés ont clairement différencié deux pratiques souvent confondues : la guidance parentale et OPC. La figure ci-dessous présente les représentations personnelles de cette distinction, telles qu'exprimées par eux.

E1
« <i>l'OPC ce n'est pas de la guidance parentale : dans l'OPC, on n'exerce pas un pouvoir ou une domination sur la personne qu'on accompagne, c'est elle qui est maîtresse de son processus de résolution de problèmes.</i> » « <i>La guidance parentale n'a pas le même cadre de fidélité : OPC, c'est un coaching spécifique, il y a des paliers, un niveau de formalisation, un respect des temps de silence... c'est très exigeant.</i> »
E2
« <i>Ah oui, alors le coaching si on utilise le terme coaching pour parler de l'OPC, c'est vraiment un entretien où on va guider le parent pour qu'il puisse trouver ses propres solutions. Et donc on est là simplement pour aider le parent à analyser la situation et, grâce à la résolution de problèmes, à trouver ses propres solutions.</i> » « <i>La guidance parentale, on va être un peu moins dans ce partage d'experts à experts et on va plutôt, nous, soumettre des propositions aux parents, des idées aux parents en fonction de notre expertise et après le parent, il va pouvoir les adopter.</i> »
E3
« <i>Bah déjà là, dans ce que vous venez de dire... Enfin, quand on dit que c'est les conseils et les stratégies qui sont offertes aux parents, ça veut dire que c'est le thérapeute qui connaît, qui a la connaissance en fait, qui va offrir aux parents sa connaissance sur les stratégies, les outils, etc.</i> » « <i>OPC, parce qu'après dans le coaching y a plein de choses, mais en tout cas OPC tel que c'est décrit, le coaching tel qu'il est décrit dans OPC, c'est pas ça du tout ça. C'est pas du tout le thérapeute, l'ergothérapeute, qui va dire aux parents quoi faire, qui va donner des conseils, qui va donner des stratégies. C'est le parent qui va découvrir et qui va identifier des stratégies, et qui va les essayer, qui va les mettre en œuvre, etc.</i> »

Figure 2 : La représentation personnelle de la différence entre guidance parentale et OPC selon l'ergothérapeute interrogé

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés s'accorde sur une distinction claire entre la guidance parentale classique et l'OPC, tant au niveau de la posture que de la méthodologie. En effet, E1 insiste sur le cadre formel et structuré de l'OPC, qu'il oppose à la guidance parentale. Selon lui, l'OPC implique

un processus exigeant : respect des étapes du coaching, formalisation des échanges, temps de silence, et surtout une posture non directive, où le parent qui est maître de son processus de résolution de problèmes.

E2 met en avant une distinction en termes de relation de pouvoir et d'autonomie. Elle décrit l'OPC comme un espace où le parent est guidé à travers un processus d'analyse et de résolution de problèmes, dans lequel l'ergothérapeute n'apporte pas de solutions toutes faites, mais favorise l'émergence des ressources internes du parent. À l'inverse, la guidance parentale repose sur un rapport d'expertise unidirectionnel, où l'ergothérapeute soumet des idées ou des stratégies issues de sa propre expérience professionnelle, que le parent peut ensuite adopter.

E3 renforce cette idée en soulignant que dans la guidance parentale, l'ergothérapeute détient et transmet un savoir, ce qui implique une posture plus verticale. En revanche, dans l'OPC tel qu'elle le pratique, il ne s'agit pas d'offrir des stratégies au parent, mais de l'amener à les découvrir lui-même, à les expérimenter et à les adapter selon ses propres capacités et connaissances du contexte familial. Elle met l'accent sur la nature réflexive et collaborative de l'OPC, très éloignée d'un modèle prescriptif.

• **Sous-thème 2 : L'intégration de l'OPC dans la pratique ergothérapique.**

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des éléments recueillis auprès des trois ergothérapeutes interrogés, concernant l'intégration de l'OPC dans leur pratique clinique. Ensuite, l'analyse met en évidence les prérequis nécessaires, les critères d'indication du coaching, les formes d'intégration selon les contextes familiaux, la fréquence d'usage, ainsi que les spécificités de l'ergothérapeute dans la mise en œuvre de l'OPC.

Tableau 8 : Modalités d'intégration de l'OPC dans la pratique des ergothérapeutes – Prérequis, critères d'utilisation et posture professionnelle.

Prérequis parentaux	
E1	Engagement et disponibilité des parents sont indispensables : «<i>déjà premier principe, c'est identifier le niveau d'investissement parental pour savoir s'ils ont envie de se projeter dans une approche comme celle-ci puisqu'on ne peut pas y aller sans eux</i>»
E2	- Information et consentement éclairé sur la démarche OPC «<i>Eh ben déjà faut qu'elle soit informée de ce que c'est l'OPC et qu'elle soit d'accord avec ça.</i> » - Motivation et implication active du parent dans le processus «<i>Et puis faut qu'elle soit à l'aise du coup avec ce type de démarche puisque ce sont des entretiens, et qu'elle doit être complètement partie prenante et active dans la démarche. Et puis c'est tout pour moi les prérequis.</i> »
E3	«<i>le prérequis c'est vraiment d'être dans une démarche de collaboration avec les parents principalement</i>» «<i>c'est primordial de les inclure. C'est très important de les inclure d'une manière ou d'une autre d'ailleurs</i>»
Critères de proposition/ mobilisation de l'OPC	
E1	- Nature intime de l'activité/occupation (toilette, habillage) : «<i>Les soins personnels, ça touche la toilette... la nudité de l'enfant, ce n'est pas la pratique que je souhaite avoir donc je fais attention...</i> » - Répétitivité et fréquence de l'occupation ciblée :

	« <i>Des occupations qui reviennent vraiment plusieurs fois par jour...</i> le parent est très présent et donc il a déjà une bonne capacité à mettre en place des stratégies. » Co-construction du projet d'intervention : « <i>On construit le projet ensemble</i> : on définit les objectifs, puis on choisit pour cet objectif si on va travailler davantage <i>parents et moi</i> ou enfant et moi. »
E2	- Faible engagement ou motivation de l'enfant : « <i>Un parent qui aimerait accompagner son enfant, mais un enfant qui ne souhaite pas forcément de suivi, qui n'est pas engagé ou motivé à l'idée d'avoir un suivi en ergothérapie.</i> Donc voilà, on peut <i>proposer simplement un accompagnement du parent.</i> » - Parent anxieux, démuni ou mal informé : « La majorité <i>des parents sont un petit peu soucieux et gênés de voir que leur enfant n'arrive pas, ne progresse pas, et ne gagne pas en autonomie et en indépendance.</i> » « <i>Et ils ne savent pas comment aider leurs enfants et donc c'est pour ça qu'ils recherchent de l'aide.</i> »
E3	« Parfois aussi je propose OPC <i>quand justement il y a des choses qui ont été essayées, qui ne marchent pas.</i> » « Je pense que ceux à qui j'ai proposé, <i>c'est plutôt des parents que je voyais souvent, avec qui la relation de confiance, elle est vraiment en place.</i> » Collaboration et co-construction de stratégies : « <i>C'est ensemble qu'on réfléchit à comment on va pouvoir mettre en œuvre une intervention. [...]</i> Pour moi la collaboration <i>c'est vraiment ça.</i> C'est pas moi qui décide qu'on va faire OPC et la personne refuse. Pour moi c'est pas de la collaboration si on fait ça. » « On est vraiment dans une recherche de <i>stratégie en collaboration ensemble</i>, et une stratégie qui sera découverte et mise en place par le client, par le parent. »
Modalités et formes d'intégration de l'OPC	
E1	- Approche non systématique, au cas par cas : « <i>Je ne me dis pas je vais utiliser que l'OPC avec cette famille... parfois ça s'additionne, parfois une seule suffit.</i> » - Absence de protocole fixe, dépendance au contexte familial : « Franchement je ne saurai pas répondre en termes de fréquence, <i>ça dépend du contexte, de l'engagement des parents... mais la question à poser systématiquement : Quelle place souhaitez-vous avoir dans cette intervention ?</i> »
E2	<u>Deux modes :</u> - OPC pur (entretien uniquement parent) : « Je dirais qu'il y a <i>deux choses : soit vraiment je l'intègre pur à ma pratique, c'est-à-dire que je vais proposer à des parents de faire uniquement un travail avec le parent, avec uniquement des entretiens avec le parent, comme le propose le protocole entre guillemets OPC.</i> » - Intégration ponctuelle au suivi enfant : « <i>Ou soit je vais l'intégrer à l'intérieur d'un accompagnement classique, c'est-à-dire un accompagnement que tu peux faire auprès de l'enfant, et de temps en temps, en fonction des besoins et des situations, on va prendre des petits temps avec le parent.</i> » « ...et s'appuyer sur l'OPC pour essayer que le parent puisse trouver ses propres solutions à une situation spécifique. »
E3	Adaptation selon la culture et les priorités familiales : « <i>Ça dépend des parents. Y en a pour qui ça pose vraiment beaucoup de problèmes, et puis pour d'autres c'est moins la priorité. [...]</i> Le fait de manger proprement c'est très important parce que c'est dans leur culture. [...] Pour d'autres, le fait que leur enfant soit pas autonome pour se préparer le matin, bah c'est pas du tout un problème. »
Fréquence d'usage de l'OPC	
E1	Combinaisons avec d'autres stratégies (CO-OP, vidéo modeling, guidance parentale) « Je dis spontanément CO-OP... ensuite vidéo modeling... et pour les activités intimes, guidance parentale ou OPC. »

E2	• Rarement utilisé seul, mais intégré presque systématiquement : « Si on utilise vraiment l'OPC purement comme il a été décrit, c'est-à-dire vraiment que les entretiens, que le coaching, je fais ça finalement assez rarement. » « Mais par contre, l'inclure au quotidien dans ma pratique, dans ma façon de penser le partenariat avec les parents, j'ai envie de dire, c'est presque tout le temps finalement. »
les spécificités de l'ergothérapeute dans l'OPC	
E1	« Je dirais que la spécificité de l'ERGO, c'est quand même de rester toujours focalisé sur justement la performance, la participation, le rendement. Tout ce qui concerne l'occupation et ça, c'est un point vraiment très important, quand on fait du coaching en ergo, on n'est pas coach de vie ou coach de sport ou je ne sais quoi, on reste entré sur la perspective du quotidien, sur la notion de d'occupation et on met nos outils d'analyse au service des personnes qu'on accompagne. » « Le modèle Personne–Environnement–Occupation (PEO), la manière dont on perçoit une personne en activité... c'est des stratégies qu'on va fournir aux parents quand on utilise l'OPC. »
E2	« Eh bien, les spécificités, c'est vraiment le fait de voir, à travers les questions spécifiques qu'on va poser, guider le parent dans l'analyse de la performance occupationnelle de son enfant avec son regard d'expert de parent. Voilà. »
E3	« Donc ça veut dire : identifier des objectifs occupationnels, c'est-à-dire identifier ce que la personne aimerait faire dans l'occupation, donc en précisant le sens, les objectifs signifiants dans un contexte occupationnel. » « Avec une démarche d'analyse collaborative de la performance. Donc là où on va vraiment identifier qu'est-ce qui se passe par rapport à la personne, par rapport à la tâche et par rapport à l'environnement. » « Donc là on retrouve un autre modèle conceptuel qu'est le PEO. » « Enfin elle, l'OPC, ça a été créé selon des modèles occupationnels ergo. Donc c'est-à-dire centré sur le client et l'occupation. Donc c'est en ça que l'OPC est quand même très intéressant pour les ergothérapeutes. » « Parce qu'on va pas s'intéresser à la déficience, on va pas s'intéresser au trouble. On va s'intéresser à l'occupation, à qu'est-ce qui a du sens, c'est quoi la valeur de l'occupation, c'est quoi le contexte. Et ça, ça nous parle. Ça nous parle énormément. C'est vraiment l'analyse ergo, en ergothérapie, qu'on fait. »

Pour les prérequis parentaux, les trois ergothérapeutes soulignent que l'OPC ne peut être mobilisé sans un engagement actif du parent. E1 rappelle que « on ne peut pas y aller sans eux » et qu'il faut d'abord évaluer leur niveau d'investissement. E2 insiste sur l'information préalable c'est-à-dire que la famille il faut qu'elle soit informée de ce que c'est l'OPC et qu'elle soit d'accord avec ça, soulignant l'importance du consentement éclairé. E3 met en avant la collaboration comme socle fondamental de l'OPC.

Pour les critères de mobilisation de l'OPC, les situations cliniques justifiant le recours à l'OPC sont variées. D'ailleurs, E1 évoque des critères comme la répétitivité des tâches (habillage, toilette) et la co-construction du projet thérapeutique, E2 mobilise l'OPC en cas de manque d'engagement de l'enfant

ou de détresse parentale. E3 y a recours quand d'autres méthodes échouent et que la relation de confiance est bien établie.

Quant aux modalités d'intégration dans la pratique, l'intégration de l'OPC se fait selon des modalités variées et souples. E1 privilégie une approche au cas par cas, sans protocole rigide. E2 distingue deux formes : l'OPC pur (entretien exclusivement avec les parents) et l'intégration ponctuelle dans le suivi de l'enfant. E3 insiste sur l'adaptation au contexte culturel et aux priorités familiales.

En ce qui concerne la fréquence d'usage de cette approche, tous les ergothérapeutes interrogés reconnaissent que l'OPC est rarement utilisé seul. E1 le combine avec d'autres outils comme CO-OP ou la guidance parentale et E2 précise qu'il n'utilise l'OPC « purement » que rarement, mais l'intègre presque systématiquement dans sa pratique quotidienne.

Par rapport à la spécificité du rôle de l'ergothérapeute dans l'OPC, ce qui distingue fondamentalement l'ergothérapeute dans la mise en œuvre de l'OPC est l'ancrage dans une analyse occupationnelle. En effet, E1 affirme que l'ergothérapeute reste centré sur « la participation, le rendement, la performance », mobilisant des modèles comme le PEO. E2 parle de guidance experte dans l'analyse de la performance occupationnelle. E3 fait une démonstration approfondie de cette spécificité que ce n'est pas la déficience qui l'intéresse, mais le sens de l'occupation, son contexte et sa valeur pour la personne. Pour elle, l'OPC s'aligne ainsi parfaitement avec les fondements de l'ergothérapie, en renforçant l'autodétermination des parents et leur engagement dans des contextes quotidiens concrets.

• Sous-thème 3 : Effets, bénéfices et rôles de l'OPC :

Le tableau ci-dessous synthétise les retours des ergothérapeutes interrogés concernant les effets observés de l'utilisation de l'OPC dans l'accompagnement des enfants atteints de TDC et de leurs familles. Quatre grandes dimensions émergent de leurs discours : l'amélioration de l'autonomie de l'enfant, le renforcement du sentiment de compétence parentale, le transfert des stratégies à d'autres contextes, et la généralisation rapide des acquis hors séances.

Tableau 9 : Effets perçus de l'OPC sur l'enfant, les parents et le quotidien familial.

Dimension	Mécanisme/ Focus	E1	E2	E3
Autonomie et indépendance de l'enfant	Amélioration de la performance occupationnelle	« Les enfants améliorent leur autonomie dans l'activité. »	« Le parent a pu mettre en place par lui-même des changements bénéfiques à l'enfant. »	« Ça soutient la participation occupationnelle... que ce soit l'enfant, le parent, la famille. »

Sentiment de compétence parentale	Renforcement du self-efficacy parental	« Ce n'est pas que moteur, c'est aussi du sentiment de compétence parentale, ils se sentent plus efficaces. »	« Le fait de travailler avec les parents va accroître le transfert de compétences et la généralisation des acquis. »	—
Transfert de stratégies	Généralisation à d'autres contextes	« Les parents ont utilisé ces stratégies pour d'autres moments de la journée sans solliciter l'ergothérapeute. »	« Grâce à la présence du papa, il peut refaire au quotidien avec son enfant... »	—
Généralisation hors séance	Passer du cabinet au domicile, rapidité de mise en œuvre	—	« À force d'un ou deux entretiens, le parent met en place lui-même des changements... »	—

Tous les ergothérapeutes E1, E2, et E3 soulignent que l'OPC soutient directement l'autonomie fonctionnelle des enfants. D'une part, Pour E1, il est clair que les enfants améliorent leur autonomie dans l'activité; tandis que E2 insiste sur les effets indirects en précisant que le parent a pu mettre en place par lui-même des changements bénéfiques à son l'enfant. E3 élargit cette notion en évoquant l'impact global sur la participation de toute la famille.

D'autre part, E1 insiste sur l'effet valorisant du coaching sur non seulement le niveau moteur de l'enfant mais aussi sur le sentiment de compétence et d'efficacité parental. E2 justifie cette idée en montrant comment la co-construction de solutions favorise l'estime de soi des parents c'est-à-dire le fait de travailler avec les parents va accroître le transfert de compétences et la généralisation des acquis et par conséquent ce sentiment de compétence renforce la motivation parentale et leur implication durable dans les apprentissages de leur enfant.

De plus, l'OPC favorise la généralisation spontanée des stratégies au-delà du soin ciblé. E1 note que les parents ont utilisé ces stratégies pour d'autres moments de la journée sans solliciter l'ergothérapeute, ce qui montre une autonomisation du parent dans son rôle éducatif. De son côté, E2 illustre le transfert par l'implication du père dans les routines, ce processus témoigne d'une intégration durable des stratégies dans la vie quotidienne, essentielle à la continuité des progrès.

Enfin, E2 rapporte que certains parents appliquent les recommandations dès les premiers entretiens, ce qui prouve de la rapidité d'appropriation qui reflète la force mobilisatrice de l'OPC, qui donne rapidement les moyens aux parents d'agir dans leur environnement naturel.

2.3 Thème 3: l'impact du coaching en performance occupationnelle sur l'amélioration de la performance occupationnelle au niveau des soins personnels chez les enfants âgés de 5 à 11 ans:

Après une analyse approfondie des données recueillies, trois sous-thèmes ont émergé à ce niveau.

• **Sous-thème 1 : Des exemples concrets de l'impact de l'OPC sur l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants atteints de TDC dans les soins personnels :**

Pour illustrer de manière concrète l'efficacité de l'OPC dans l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants atteints de TDC, les ergothérapeutes interrogés ont partagé des situations cliniques issues de leur pratique, présentées dans la figure en **Annexe 6** et accompagnées de leur analyse.

• **Sous-thème 2 : les éléments essentiels pour l'efficacité de l'OPC dans la recherche d'une meilleure performance occupationnelle :**

Afin de mieux comprendre ce qui conditionne l'efficacité de l'OPC, les ergothérapeutes interrogés ont été invités à partager les éléments qu'ils jugent indispensables pour une application pertinente et efficiente de cette approche. Le tableau ci-dessous regroupe les critères évoqués :

Tableau 10 : Les facteurs-clés pour une mise en œuvre efficace de l'OPC selon les ergothérapeutes interrogés.

Les éléments essentiels pour l'efficacité de l'OPC dans la recherche d'une meilleure performance occupationnelle	
E1	- Engagement et investissement : « <i>L'engagement des parents, l'investissement, c'est un prérequis important.</i> » - Objectifs significatifs et formalisation : « <i>Il faut que les objectifs fassent sens... la formalisation de l'objectif, l'identification de l'objectif, c'est un prérequis à l'efficacité.</i> » - Respect de la fidélité méthodologique : « <i>OPC c'est du coaching spécifique, il faut respecter la mesure de fidélité, les paliers, le vocabulaire, les temps de silence... c'est très exigeant.</i> » - Niveau de formation et expérience : « <i>Son efficacité dépend aussi du niveau de formation et de l'expérience du clinicien avec cette approche.</i> »
E2	« <i>Eh bien, il y a d'abord des bonnes capacités d'écoute active pour vraiment recueillir les besoins de la personne et être vraiment à son écoute.</i> » « <i>Et la deuxième chose, c'est être capable de faire un pas de côté sur ses idées. Ce qu'on pourrait, nous, se dire : "Ben tiens, ce serait bien d'aider, ce serait bien de mettre en place ça, on pourrait tester ça..."</i> » « <i>Mais de laisser vraiment le parent pouvoir déterminer par lui-même ses idées, élaborer par lui-même ses propositions. Et donc réussir à être simplement dans... guider l'entretien du parent.</i> »
E3	« <i>Ce qui est décrit dans OPC, c'est que le fondement, c'est la structure d'OPC. C'est vraiment le domaine qu'elle appelle Fiona connexion, qui est vraiment le socle. La première marche finalement dans le schéma. Et ce domaine connexion, ça correspond, moi, à finalement la démarche centrée sur le client, la démarche d'habilitation, la démarche d'écoute. Elle parle d'écoute en pleine conscience. Donc ça c'est essentiel.</i> » « <i>Pour moi, ça c'est sûr qu'on peut pas faire OPC si on n'a pas une démarche d'écoute de la personne, de respect de ses valeurs.</i> » « <i>Il y a des compétences d'écoute... voilà. Donc ça pour moi c'est essentiel. Et puis c'est pas que pour moi, c'est ce que dit Fiona Graham et les auteurs, ils disent que c'est la première chose à acquérir.</i> » « <i>Il faut se former, enfin voilà, se former.</i> » « <i>Et après bah c'est tout le processus à respecter, le processus d'OPC en fait. Donc c'est-à-dire : avoir une démarche centrée sur le client, de pouvoir d'agir, identifier des objectifs signifiants, faire une analyse collaborative de la performance.</i> »

	« <i>Donc là c'est plutôt le domaine structure. Et puis après, dans le domaine partage, c'est tout ce qu'elle a décrit comme... s'attendre à de l'ingéniosité, être curieux, etc., pour valoriser les compétences du client et qu'il continue cette démarche d'identification de stratégie par lui-même.</i> »
--	--

Les trois ergothérapeutes E1, E2 et E3 mettent en évidence des facteurs convergents pour garantir l'efficacité de l'OPC, à la fois du côté des parents et du professionnel.

Du côté des parents, E1 insiste sur l'engagement actif et la motivation comme condition préalable, cette idée est également soutenue par E3, qui affirme que l'OPC nécessite une véritable connexion avec le parent, ancrée dans l'écoute attentive et la reconnaissance de ses valeurs et priorités.

Du côté du professionnel, les compétences relationnelles sont jugées essentielles. E2 évoque par exemple la nécessité de pratiquer une écoute active et de savoir renoncer à imposer des solutions. Ce positionnement est renforcé par E3, qui reprend les fondements du modèle OPC selon Fiona Graham, en soulignant l'importance de l'approche centrée sur le client et de l'habilitation parentale.

Enfin, le respect de la structure méthodologique de l'OPC est largement souligné également. En effet, E1 met en avant la rigueur du protocole, E3 développe aussi cette idée en s'appuyant sur les trois piliers décrits par Graham : connexion, structure et partage, insistant sur l'importance de se former pour maîtriser l'approche.

• Sous-thème 3 : Critères de mesure, d'évaluation de l'impact de l'OPC:

La question de l'évaluation de l'impact de l'OPC se pose de manière spécifique dans une approche centrée sur le parent et l'occupation. Les ergothérapeutes interrogés ont partagé leurs pratiques d'évaluation, notamment en ce qui concerne les outils utilisés, les critères retenus et la posture adoptée lors de cette phase d'analyse. Le tableau suivant présente les différentes modalités évoquées.

Tableau 11 : Les modalités d'évaluation de l'efficacité de l'OPC selon les ergothérapeutes interrogés

Dimension	Mécanisme/ Focus	E1	E2	E3
Critères de mesure/ d'évaluation	Outils et indicateurs (satisfaction, MCRO...)	—	« Je me base uniquement sur l'évaluation que le parent fait lui-même, par rapport à sa satisfaction ; dès qu'il décrit une situation satisfaisante, c'est suffisant. »	« On peut faire la MCRO, la réévaluation de la MCRO, puis on discute si les stratégies ont fonctionné ; ce n'est pas moi qui évalue, c'est la personne. »

Les retours des ergothérapeutes révèlent une approche qualitative et subjectivement centrée sur le vécu du parent, plutôt que sur des indicateurs standardisés ou quantitatifs. En effet, E2 et E3 soulignent l'importance de l'évaluation par le parent lui-même, fondée sur sa satisfaction et sa perception du

changement. D'ailleurs E2 explique que cette posture se veut empowerment c'est-à-dire que le parent devient acteur de l'évaluation, juge de ce qui est pertinent et significatif dans sa propre réalité.

De son côté, E3 combine cette approche avec une réévaluation structurée à partir de la MCRO, outil centré sur l'occupation, cela traduit une volonté de croiser une méthode structurée avec une évaluation subjective, toujours centrée sur l'expérience du parent.

2.4 Thème 4: La différenciation de l'utilisation de l'OPC par les ergothérapeutes de celle d'autres professionnels intervenant auprès d'enfants atteints de TDC

Dans ce thème, les ergothérapeutes interrogés sont invités à expliciter ce qui, selon eux, rend l'utilisation de l'OPC spécifique à l'ergothérapie, en comparaison à d'autres professions de santé qui interviennent également auprès d'enfants atteints de TDC. Les réponses permettent d'identifier les fondements théoriques et les postures professionnelles qui distinguent l'approche ergothérapique dans la mise en œuvre de l'OPC. Le tableau suivant synthétise les principaux points évoqués.

Tableau 12 : La perception des ergothérapeutes sur les spécificités de l'usage de l'OPC dans leur pratique professionnelle comparée à d'autres disciplines :

La différenciation de l'utilisation de l'OPC par les ergothérapeutes par rapport à d'autres professionnels intervenant auprès d'enfants atteints de TDC	
E1	- Formation interprofessionnelle : « OPC, c'est pas du tout une formation spécifique ERGO... il y a des orthophonistes qui s'y forment. » - Ancrage théorique ergothérapique : « Beaucoup de la théorie d'OPC est basée sur des modèles de pratique et des cadres théoriques qui sont ergo. » - Perspective externalisée : « Je ne saurais pas dire comment les autres professionnels utilisent OPC, probablement avec des objectifs moins centrés sur les occupations. »
E2	« Alors aux États-Unis, la formatrice, elle inclut, oui, des orthophonistes par exemple dedans. Mais je crois qu'en France, la formation est réservée aux ergo. Normalement, c'est plutôt fait pour les ergo quand même. Bah pour moi, étant donné qu'on est dans de la performance occupationnelle, je ne vois pas trop comment d'autres professionnels pourraient se servir de l'OPC. »
E3	« Alors donc quand je fais OPC, bah en fait c'est quand même une approche qui a été créée par une ergothérapeute, alors qui peut être utilisée par d'autres professionnels... enfin, en tout cas là où elle travaille. Donc elle est néo-zélandaise. Et c'est vrai qu'elle donne aussi des formations à d'autres professionnels, des orthophonistes, etc. Bon. » « Mais c'est vrai que quand on lit les écrits de Fiona Graham, c'est quand même très centré sur l'occupation. OPC, ça a été créé selon des modèles occupationnels ergo. Donc c'est-à-dire centré sur le client et l'occupation. » « Donc c'est en ça que l'OPC est quand même très intéressant pour les ergothérapeutes. Parce qu'on va pas s'intéresser à la déficience, on va pas s'intéresser au trouble. On va s'intéresser à l'occupation, à qu'est-ce qui a du sens, c'est quoi la valeur de l'occupation, c'est quoi le contexte. Et ça, ça nous parle. Ça nous parle énormément. C'est vraiment l'analyse ergo, en ergothérapie, qu'on fait. » « Je ne sais pas, je ne connais pas moi d'orthophoniste qui utilise OPC donc je pourrai pas répondre à cette question. Je sais pas. Mais je sais que c'est une formation qu'elle propose à d'autres professionnels. »

	« <i>En France, pour l'instant, je crois que c'est surtout des ergothérapeutes qui se forment. Mais c'est assez récent en France. [...] La première formation a été donnée en septembre 2024 à l'ANFE. Mais sinon, en Visio, en français, c'est accessible depuis plusieurs années.</i> »
--	---

Les ergothérapeutes interrogés reconnaissent que l'OPC peut être utilisé par d'autres professionnels (comme les orthophonistes), notamment dans les pays anglo-saxons. Toutefois, ils soulignent que cette approche prend tout son sens en ergothérapie grâce à ses fondements conceptuels basés sur des modèles occupationnels (tels que le PEO). L'OPC est perçue comme une méthode cohérente avec la vision ergothérapique centrée sur la personne, l'occupation et l'environnement. Ils considèrent que la spécificité de l'ergothérapeute réside dans sa capacité à analyser finement la performance occupationnelle dans un contexte écologique et à favoriser l'autonomie à travers des stratégies construites en collaboration avec les familles. Ainsi, l'OPC est intégrée à leur pratique comme un prolongement naturel de leur posture professionnelle. En France, bien que l'OPC soit encore peu diffusé, les ergothérapeutes se positionnent comme les acteurs les plus légitimes pour porter cette approche dans le cadre du suivi des enfants atteints de TDC.

2.5 Thème 5: une ouverture pour recueillir de nouveaux apports et suggestions :

Dans une visée réflexive et prospective, une dernière question a été posée aux ergothérapeutes en fin d'entretien : « **Avant de conclure, souhaitez-vous ajouter quelque chose ou aborder un point qui n'a pas encore été évoqué ?** ». Le tableau ci-dessous synthétise les éléments partagés à cette occasion.

Tableau 13 : Perspectives ouvertes et suggestions sur l'OPC exprimées par les ergothérapeutes

Une ouverture ou suggestions	
E1	« Il faut être attentif à <i>ne pas confondre les approches de coaching avec OPC... toutes les approches de coaching ne sont pas OPC. OPC, c'est un ovni... c'est une approche très particulière dans son usage.</i> »
E2	Rien à ajouter
E3	Rien à ajouter

Seul l'ergothérapeute E1 a formulé une remarque finale, soulignant l'importance de distinguer l'OPC des autres formes de coaching, moins structurées et moins centrées sur l'autonomisation parentale. Il alerte sur les risques de confusion liés à une appropriation inadéquate par des professionnels non formés. Les ergothérapeutes E2 et E3, quant à eux, n'ont pas exprimé d'éléments supplémentaires.

III. Discussion :

Dans le but de répondre à la problématique posée dans le cadre de ce mémoire « **Comment l'ergothérapeute favorise-t-il la participation des parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC pour développer leur indépendance dans la réalisation des soins personnels ?** » une enquête qualitative a été menée auprès d'ergothérapeutes exerçant en libéral, spécialisés dans l'accompagnement d'enfants atteints de TDC.

Cette section vise à analyser et interpréter les résultats obtenus à la lumière des données théoriques présentées dans le cadre conceptuel. Elle permettra de confronter les discours recueillis avec les apports de la littérature, afin de valider ou invalider l'hypothèse de recherche suivante : « **L'utilisation de l'Occupational Performance Coaching par l'ergothérapeute auprès des parents améliore la performance occupationnelle des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC dans les soins personnels.** »

Enfin, cette discussion mettra en évidence les limites méthodologiques de l'étude, ainsi que les contributions potentielles de cette recherche pour la pratique ergothérapique et les pistes à explorer dans de futurs travaux.

1. Discussions des résultats en lien avec le cadre conceptuel :

Les données recueillies grâce aux entretiens menés auprès des ergothérapeutes s'inscrivent pleinement dans les fondements théoriques de l'ergothérapie contemporaine, en particulier ceux liés à la performance occupationnelle, à l'implication parentale et à l'approche de coaching en performance occupationnelle (OPC). La convergence entre les expériences partagées par les ergothérapeutes interrogés E1, E2 et E3 et les apports du cadre conceptuel vient conforter la validité de l'analyse.

Tout d'abord, les définitions proposées par E1, E2 et E3 de la performance occupationnelle rejoignent étroitement celles formulées dans le MCREO et dans le Modèle PEO. Pour E1, la performance occupationnelle est synonyme de participation active dans une occupation. E2 y associe l'efficacité et la satisfaction, alors qu'E3 insiste sur le sens et la pertinence de l'occupation dans la vie de la personne, utilisant le terme de rendement occupationnel. Ces représentations témoignent d'une compréhension partagée du concept comme étant dynamique, subjectif, et influencé par l'interaction entre la personne, l'environnement et l'activité ce qui est en parfaite adéquation avec le modèle PEO (Law et al., 1996).

Sur le plan clinique, les difficultés des enfants TDC dans les activités de soins personnels (habillage, hygiène, alimentation) sont parfaitement en phase avec la littérature récente (Vaivre-Douret, 2016 ; Wilson et al., 2012) : leurs gestes manquent d'automatisation, sont lents et souvent maladroits, ce qui compromet leur autonomie et indépendance. Ces constats confirment Blank et al. (2012), qui soulignent

que le TDC altère non seulement les compétences motrices fines et globales, mais aussi la capacité à transférer les apprentissages d'un contexte à l'autre. Lors des entretiens, les trois ergothérapeutes interrogés ont chacun apporté un éclairage spécifique : E1 a mis en évidence les difficultés de manipulation fine et les retards d'acquisition motrice, E2 a élargi la perspective aux habiletés globales (motricité, déplacements, autonomie scolaire) et E3 a insisté sur l'hétérogénéité des profils selon les contextes familiaux et les attentes parentales. Ces observations rejoignent les conclusions de Missiuna et al. (2007) et de Vaivre-Douret (2016), qui décrivent le TDC comme un trouble multifactoriel et souvent invisible, dont l'impact sur les AVQ varie considérablement d'un enfant à l'autre ; ils soulignent ainsi la nécessité d'interventions individualisées, centrées sur les priorités familiales et l'environnement de vie.

Sur le plan des évaluations, l'ensemble des ergothérapeutes utilise des méthodes d'évaluation ancrées dans une approche écologique, combinant observation en contexte réel, entretiens (notamment via la MCRO ou l'OT'HOPE), questionnaires et outils standardisés comme le PQRS ou le MABC-2. E1 et E2 insistent sur la mise en situation fonctionnelle comme moyen de valider les acquis, tandis que E3 privilégie également une approche ludique et contextualisée, souvent menée au domicile. Ces modalités renvoient aux recommandations de l'ergothérapie centrée sur la personne et sur l'environnement naturel de l'enfant, tel que promu par les travaux de Rodger et Kennedy-Behr (2017).

Sur le plan des interventions, les trois professionnels intègrent une diversité d'approches : E1 mobilise des méthodes cognitivo-comportementales (CO-OP, vidéo modeling), tout en associant le coaching parental. E2 articule le top-down et le bottom-up, avec une attention particulière portée aux contextes de la vie réelle. E3 insiste sur le cadre familial, la participation active des parents, et l'adaptation des outils à la culture et aux routines de la famille. Tous affirment que la guidance parentale est essentielle, mais que l'OPC représente un pas supplémentaire, plus structuré, plus centré sur la co-construction et l'empowerment du parent. Pour eux, l'implication des parents apparaît comme un levier thérapeutique fondamental pour renforcer la généralisation des apprentissages au domicile, répondre aux besoins quotidiens, et adapter l'environnement. Ce constat est étayé dans la littérature sur les approches centrées sur la famille (King et al., 2004 ; Rosenbaum & Gorter, 2012), qui affirment que les parents, en tant qu'experts du quotidien de leur enfant, sont des partenaires indispensables dans la co-construction du soin. L'ergothérapeute ne se positionne donc plus comme un expert prescripteur, mais comme un facilitateur de changement, ce qui rejoint pleinement la philosophie de l'OPC.

D'ailleurs, l'OPC, tel que décrit par les ergothérapeutes, incarne pleinement les trois piliers du modèle de Graham et al. (2013) : la connexion c'est-à-dire instaurer une relation de confiance et adopter une posture empathique ; la structure c'est-à-dire organiser l'entretien, co-définir les objectifs et planifier les actions ; et le partage c'est-à-dire valoriser les ressources parentales et collaborer à la mise en œuvre.

Contrairement à la guidance descendante, l'OPC privilégie une dynamique ascendante centrée sur l'analyse conjointe, la résolution de problèmes et l'autonomisation des parents, principe fondamental de l'ergothérapie centrée sur le client. Les retours de terrain confirment cette spécificité : E1 souligne la rigueur méthodologique et la non-directivité de l'OPC, E2 insiste sur l'égalité de la relation et le développement de la réflexion parentale, et E3 met en avant la co-crédation de stratégies. Cette approche collaborative renforce ainsi la performance occupationnelle des enfants TDC.

Par ailleurs, l'utilisation de l'OPC dans la pratique se fait de manière flexible : E1 l'intègre au cas par cas, E2 l'emploie de façon partielle ou totale selon la dynamique familiale, et E3 l'ajuste aux spécificités culturelles et au temps disponible des parents. Cette démarche individualisée s'inscrit dans la vision centrée sur la famille de King et al. (2004) et Rosenbaum & Gorter (2012), qui préconise un accompagnement adapté au rythme et aux valeurs de chaque famille. Elle s'avère particulièrement pertinente quand l'enfant manque de motivation ou pour des soins personnels intimes et répétitifs comme la toilette et l'habillage où la présence parentale est indispensable. Comme le soulignent E1 et E2, il est essentiel d'ajuster l'intervention à la nature, à la fréquence et au sens de l'activité, en accord avec les principes de la pratique axée sur l'occupation des modèles canadiens et les approches top-down basées sur les besoins réels du client (Missiuna et al., 2007). De plus, pour les trois ergothérapeutes l'OPC, loin d'être un outil rigide, apparaît comme une approche souple et contextualisée, mobilisée selon des critères cliniques précis et toujours en lien avec l'engagement du parent. Son intégration dans la pratique des ergothérapeutes s'appuie sur une posture de collaboration, une lecture fine des dynamiques familiales, et une vision occupationnelle du quotidien, confirmant ainsi la pertinence et la spécificité de son usage en ergothérapie.

En outre, les bénéfices de l'OPC rapportés par les ergothérapeutes confirment ceux décrits dans la littérature (Graham et al., 2020 ; Batorowicz et al., 2020) : amélioration de la performance des enfants dans les soins personnels (alimentation, habillage), transfert des stratégies à d'autres moments de la journée, renforcement du sentiment de compétence des parents, meilleure communication familiale et réduction du stress au sein de la cellule parent-enfant. À cela, E3 ajoute que la co-construction des ajustements favorise une montée en autonomie de l'enfant, illustrant l'impact transversal et durable de l'approche.

Enfin, un point majeur qui émerge des entretiens menés avec les ergothérapeutes E1, E2 et E3 concerne leur spécificité professionnelle dans la mise en œuvre de l'OPC. Cette spécificité s'inscrit pleinement dans les fondements théoriques de l'ergothérapie, tels qu'exposés dans la première partie du mémoire, en particulier à travers les modèles occupationnels comme le PEO ou le MCREO.

En effet, les ergothérapeutes interrogés ne considèrent pas l'OPC comme une simple méthode de coaching générique. E1 insiste sur le fait que l'ergothérapeute reste centré sur « la participation, le rendement, la performance », et mobilise explicitement les outils d'analyse de l'occupation pour aider les parents à agir efficacement dans leur quotidien. Cette centration sur l'occupation, telle que définie par Townsend et Polatajko (2007), est le cœur de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute et constitue un levier d'intervention spécifique dans le cadre des TDC.

E2 met quant à elle en avant l'usage de l'OPC comme moyen de guider le parent dans l'analyse de la performance de son enfant, grâce à une posture d'écoute active et de questionnement stratégique. Ce rôle de facilitateur rejoint les principes de la démarche d'habilitation (enablement) décrite dans la littérature comme une approche visant à renforcer les capacités d'agir des usagers (Law et al., 1996). L'ergothérapeute n'est pas là pour imposer des stratégies, mais pour co-construire, avec le parent, des pistes d'action adaptées et durables.

E3 va encore plus loin en explicitant que l'OPC, tel qu'il a été conçu par Fiona Graham, s'appuie sur les modèles conceptuels de l'ergothérapie et ne peut donc se dissocier de cette discipline. Elle affirme que l'ergothérapeute ne cherche pas à compenser une déficience, mais à accompagner la personne vers une participation significative, en tenant compte de son environnement, de ses valeurs et de ses priorités. Ce positionnement fait écho à l'approche centrée sur la personne et sur l'occupation, telle que définie dans le modèle comme le MCREO, et justifie la place centrale du professionnel dans l'usage rigoureux de l'OPC.

Ainsi, cette posture ergothérapique ne se limite pas à la transmission d'un savoir-faire : elle implique une véritable expertise dans l'analyse des tâches, des contextes et des déterminants de la participation. Les outils mobilisés par les ergothérapeutes, comme la MCRO ou l'OT'HOPE, viennent renforcer cette capacité à structurer les objectifs de manière concrète, personnalisée et centrée sur les besoins exprimés par les familles. Cette spécificité, largement développée dans la littérature (Dunn, 2017 ; Graham et al., 2010), distingue clairement l'intervention ergothérapique d'autres formes de coaching plus généralistes, souvent décontextualisées ou centrées sur des aspects psychopédagogiques ou comportementaux. Le lien entre la théorie et la pratique apparaît ici de manière fluide : l'OPC ne peut être pleinement mobilisé qu'en s'appuyant sur les compétences d'analyse, de modélisation et de co-construction propres à l'ergothérapie.

En revanche, les résultats de l'enquête ont également permis de faire émerger des éléments nouveaux qui n'avaient pas été abordés dans le cadre théorique initial. En effet, selon certains ergothérapeutes interrogés, l'efficacité de l'OPC ne réside pas uniquement dans la mise en œuvre de ses étapes formelles, mais dépend étroitement du niveau de formation spécifique du professionnel et de son expérience pratique avec cette approche. E1 insiste notamment sur la rigueur exigée par l'OPC, évoquant le respect de la fidélité méthodologique et du vocabulaire spécifique, éléments rarement détaillés dans la littérature généraliste. E3, quant à elle, insiste sur les fondements structurels de l'OPC

décrits par Fiona Graham (connexion, structure, partage), en précisant que l'écoute en pleine conscience est la première compétence à acquérir pour toute mise en œuvre pertinente. Par ailleurs, un autre aspect inattendu relevé dans les entretiens concerne l'adaptabilité culturelle de l'OPC. E3 a souligné que les priorités des familles comme l'importance donnée à l'alimentation ou à l'autonomie maternelle varient selon les contextes socio-culturels, nécessitant une adaptation fine du coaching parental. Ces apports suggèrent que l'OPC, bien qu'adossé à des modèles théoriques solides, prend toute sa valeur dans une pratique flexible, contextualisée et soutenue par une formation approfondie. Ces éléments invitent à enrichir les futures descriptions théoriques de l'OPC avec une dimension plus pragmatique et ancrée dans la réalité clinique.

L'ensemble des propos recueillis auprès des ergothérapeutes E1, E2 et E3 viennent renforcer les fondements théoriques du mémoire : l'OPC apparaît comme une approche innovante, fidèle aux valeurs de l'ergothérapie, centrée sur l'occupation, l'autonomie, et la collaboration parentale. Son efficacité semble dépendre autant de la posture professionnelle que de l'implication active des familles. Ces résultats viennent ainsi confirmer la pertinence du cadre conceptuel retenu et appuient la valeur ajoutée de l'OPC dans l'accompagnement des enfants atteints de TDC dans leurs soins personnels.

Avant de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse, il est essentiel d'examiner les limites de l'étude.

2. Limites de l'étude :

Comme toute démarche qualitative exploratoire, cette recherche comporte un certain nombre de limites méthodologiques et de biais à considérer. En premier lieu, l'échantillon restreint composé de trois ergothérapeutes exerçant exclusivement en libéral limite la représentativité des résultats. Ce choix, s'il a permis de recueillir des données riches et contextualisées, n'offre qu'un aperçu partiel des pratiques existantes, excluant les professionnels exerçant en milieu hospitalier, en SESSAD, ou en institution. Cela restreint la transférabilité des conclusions à l'ensemble de la profession.

Un second biais réside dans le mode de recrutement, reposant sur la méthode « boule de neige » via le réseau professionnel. Ce procédé a pu favoriser la sélection de participants partageant des valeurs, des formations ou des approches proches de l'OPC, réduisant la diversité des profils et opinions exprimés. Tous les ergothérapeutes interrogés étaient en effet formés à l'OPC ou l'utilisaient activement dans leur pratique, ce qui introduit un biais d'adhésion. L'absence de regard critique ou distant sur cette méthode limite l'exploration des limites, résistances ou échecs rencontrés sur le terrain.

Par ailleurs, ma posture en tant qu'étudiante elle-même constitue une limite potentielle. En tant qu'étudiante en cours de professionnalisation, mon intérêt personnel pour le sujet, nourri par mes stages et lectures, a pu influencer le choix des questions, la conduite des entretiens ou encore l'analyse des

données. La possibilité d'un effet de désirabilité sociale dans les réponses des ergothérapeutes n'est pas à exclure, notamment face à une interlocutrice identifiée comme favorable à l'OPC.

D'un point de vue méthodologique, l'étude s'appuie exclusivement sur des entretiens semi-directifs, sans triangulation des données. L'absence d'observations sur le terrain et de recueil des points de vue des parents et des enfants appauvrit la diversité des perspectives. Il en résulte une approche strictement professionnelle, centrée sur la représentation des praticiens, qu'il conviendrait d'enrichir par d'autres sources pour renforcer la validité des résultats.

3. Retour sur l'hypothèse :

Les résultats de cette recherche tendent à appuyer l'hypothèse selon laquelle l'approche OPC, utilisée par l'ergothérapeute auprès des parents, favorise l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants présentant un TDC dans les soins personnels. Les entretiens menés ont permis d'identifier plusieurs effets positifs : progrès dans l'autonomie (notamment en habillage et en alimentation), transfert des stratégies à d'autres contextes du quotidien, et renforcement du sentiment de compétence parentale.

Ces effets, en cohérence avec les fondements théoriques de l'ergothérapie centrée sur l'occupation et la famille, suggèrent que l'OPC constitue une approche pertinente dans ce contexte. Néanmoins, ces résultats doivent être nuancés : l'efficacité de l'OPC semble dépendre de conditions spécifiques telles que l'engagement parental, la qualité de la collaboration thérapeutique et la rigueur méthodologique dans son application. Ainsi, l'hypothèse est partiellement validée par les données recueillies, sans prétendre à une validation générale.

4. Intérêts et apports de l'étude :

Malgré ces limites, cette étude apporte plusieurs contributions significatives. Sur le plan de la recherche, elle participe à documenter une approche encore peu explorée en langue française dans le champ de l'ergothérapie : l'Occupational Performance Coaching. En explorant les conditions de mise en œuvre, les effets observés et les enjeux de posture professionnelle, elle alimente la réflexion autour des pratiques centrées sur la famille et l'empowerment parental dans le cadre du TDC.

Pour la profession, cette recherche met en lumière la spécificité du rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement parental, notamment à travers une vision occupationnelle de la performance et une posture de facilitateur. Elle offre également des repères concrets sur les critères de mobilisation de l'OPC, ses bénéfices attendus, ainsi que ses exigences méthodologiques, ce qui peut guider les professionnels souhaitant s'initier ou approfondir cette approche.

Enfin, pour les enfants et parents, cette étude valorise leur place comme partenaires actifs du processus de soin. Elle souligne combien l'engagement parental, soutenu par une approche collaborative, peut favoriser des changements durables dans le quotidien, améliorer l'autonomie des enfants et restaurer un sentiment de compétence chez les parents. En cela, elle contribue à promouvoir une vision plus inclusive, personnalisée et contextuelle de la rééducation en ergothérapie.

Conclusion :

Ce mémoire a exploré la question suivante : « **Comment l'ergothérapeute favorise-t-il la participation des parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC pour développer leur indépendance dans la réalisation des soins personnels ?** », à travers une hypothèse centrale : **l'utilisation de l'Occupational Performance Coaching (OPC) par l'ergothérapeute auprès des parents améliore la performance occupationnelle des enfants atteints de TDC dans les soins personnels.**

La partie théorique a permis d'établir les bases conceptuelles de cette recherche en définissant le TDC, en identifiant les enjeux liés à l'autonomie dans les soins personnels, et en explorant les modèles occupationnels qui fondent la pratique ergothérapique, notamment le MCREO. L'OPC a été présenté comme une approche centrée sur la famille, la collaboration et l'autonomisation des parents dans une dynamique de co-construction.

L'enquête qualitative menée auprès de trois ergothérapeutes en libéral a permis de confirmer que l'OPC favorise le développement de l'autonomie de l'enfant en renforçant l'implication des parents et en facilitant le transfert des apprentissages au quotidien. Les résultats ont également souligné les conditions de succès de cette approche, notamment l'engagement parental, la rigueur méthodologique, et l'ajustement culturel et contextuel des interventions. L'OPC apparaît ainsi comme une approche cohérente avec les valeurs fondamentales de l'ergothérapie et adaptée aux enjeux spécifiques du TDC.

Cette étude présente toutefois certaines limites, comme la taille réduite de l'échantillon et l'absence de point de vue des familles, qui invitent à poursuivre la recherche. Il serait notamment pertinent d'explorer les effets de l'OPC sur le long terme, d'intégrer la parole des parents et des enfants, et d'étendre l'étude à d'autres contextes professionnels et culturels.

En définitive, ce travail souligne l'importance d'une approche ergothérapique centrée sur l'occupation, la famille et l'empowerment. Il met en lumière le potentiel de l'OPC comme levier d'autonomie,

d'alliance thérapeutique et de transformation durable du quotidien des enfants atteints de TDC et de leurs familles.

Ouverture :

Dans un contexte où les interventions en pédiatrie tendent à se recentrer sur les environnements naturels de l'enfant et sur le soutien aux aidants, l'OPC ouvre des perspectives prometteuses pour une ergothérapie plus participative, plus contextualisée et plus humaniste. Son développement en France pourrait ainsi enrichir les pratiques et nourrir une dynamique de recherche en ergothérapie fondée sur la collaboration et le sens des occupations.

Table des abréviations :

ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
APA	American Psychiatric Association
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
CIM-10	Classification Internationale des Maladies – 10 ^e édition
CO-OP	Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance
DCD	Developmental Coordination Disorder
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 ^e édition
HAS	Haute Autorité de Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MABC	Movement Assessment Battery for Children
MABC-2	Movement Assessment Battery for Children – 2 ^e édition
MCRO	Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
MCREO	Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPC	Occupational Performance Coaching
PEO	Personne–Environnement–Occupation
SESSAD	Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile
TAC	Trouble d'Acquisition de la Coordination
TDC	Trouble Développementale de la Coordination
TND	Troubles du Neurodéveloppement

Listes des tableaux et des figures :

Tableau 1 : Présentation des critères d'inclusion et de non-inclusion de l'enquête.

Tableau 2 : Présentation des ergothérapeutes et leurs parcours professionnels auprès des enfants atteints de TDC.

Tableau 3 : les répercussions du TDC sur la performance occupationnelle des enfants dans les AVQ.

Tableau 4 : Méthodes d'évaluation utilisées par les ergothérapeutes.

Tableau 5 : Les stratégies d'intervention en ergothérapie auprès des enfants atteints de TDC.

Tableau 6 : La variabilité des réactions parentales face aux difficultés de leurs enfants dans les soins personnels.

Tableau 7 : Le rôle du soutien parental dans l'amélioration des compétences des enfants TDC au niveau des soins personnels.

Tableau 8 : Modalités d'intégration de l'OPC dans la pratique des ergothérapeutes – Prérequis, critères d'utilisation et posture professionnelle.

Tableau 9 : Effets perçus de l'OPC sur l'enfant, les parents et le quotidien familial.

Tableau 10 : Les facteurs-clés pour une mise en œuvre efficace de l'OPC selon les ergothérapeutes interrogés.

Tableau 11 : Les modalités d'évaluation de l'efficacité de l'OPC selon les ergothérapeutes interrogés.

Tableau 12 : La perception des ergothérapeutes sur les spécificités de l'usage de l'OPC dans leur pratique professionnelle comparée à d'autres disciplines.

Tableau 13 : Perspectives ouvertes et suggestions sur l'OPC exprimées par les ergothérapeutes.

Figure 1 : La définition personnelle de la performance occupationnelle selon l'ergothérapeute interrogé.

Figure 2 : La représentation personnelle de la différence entre guidance parentale et OPC selon l'ergothérapeute interrogé.

Figure 3 : Exemples cliniques illustrant les effets de l'OPC sur la performance occupationnelle dans les soins personnels des enfants atteints de TDC.

Références bibliographiques :

- Académie de Montpellier. (n.d.). L'équipe pluridisciplinaire. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. <https://www.ac-montpellier.fr/l-equipe-pluridisciplinaire-123077>
- Albaret, J.-M., Arnaud, C., Assaiante, C., Gonzalez-Monge, S., Huron, C., & al. (2019). Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie (Rapport de recherche). Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Collection Expertise Collective. Montrouge : EDP Sciences.
- Ameline, S., & Levannier, M. (2021). Chapitre 2. Le travail en équipe pluriprofessionnelle. DEAS Tout-en-un (p. 651-656). Vuibert. <https://stm.cairn.info/deas--9782311660791-page-651?lang=fr>
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (1997). Promouvoir l'occupation : Une perspective de l'ergothérapie. CAOT.
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2020). Enfant en difficultés motrices : Et s'il s'agissait d'un TDC ? ANFE. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/03/Enfant-en-difficultes-motrices_-_et-sil-sagissait-dun-TDC.pdf
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2020). L'ergothérapie auprès des enfants : Intervenir pour favoriser le développement et l'autonomie. ANFE. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie_aupres_des_enfants.pdf
- Assurance Maladie. (2025). Dyspraxie chez l'enfant. Consulté sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/dyspraxie-enfant/soins-reeducation>

- Batorowicz, B., Missiuna, C., & Pollock, N. (2020). Meaningful occupational engagement for children with developmental coordination disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 40(1), 86–101.
- Bazin, M. (n.d.). Trouble développemental de la coordination (TDC). Institut TA. <https://www.institutta.com/s-informer/trouble-developpemental-coordination#quest-ce-que-le-trouble-developpemental-de-la-coordination-tdc>
- Blank, R., Smits-Engelsman, B., Polatajko, H., & Wilson, P. (2012). European Academy for Childhood Disability (EACD): Recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder (long version). *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(1), 54–93.
- Caçola, P., & Romero, M. (2015). Strategies to Accommodate Children with Developmental Coordination Disorder in Physical Education Lessons. *Journal of Physical Education Recreation & Dance*, 86(9), 21–25. <https://doi.org/10.1080/07303084.2015.1085341>
- Camden, C., et al. (2013–2014). Le rôle de l’ergothérapeute auprès des enfants ayant des troubles de la coordination [Traduit de l’anglais dans le cadre du projet PRO-TAC]. CanChild. <https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/001/191/original/tac-role-ergotherapeute.pdf>
- CanChild. (n.d.). Health care professionals involved in the management of DCD. CanChild Centre for Childhood Disability Research. <https://www.canchild.ca/en/resources/136-health-care-professionals-involved-in-the-management-of-dcd>
- Caron Santha, J. (2024, octobre 9). Guide de motricité V7 [Version mise à jour]. https://s3.amazonaws.com/kajabi-storefronts-production/sites/21391/themes/2149533047/downloads/FE8lQ5nTwWTGhUru4qRg_josianecaronsantha.com_GM.V_7_septembre-2022.pdf
- Crane, L., Sumner, E., & Hill, E. L. (2017). Emotional and behavioural problems in children with Developmental Coordination Disorder: Exploring parent and teacher reports. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.08.001>

- Davidson, T., & Williams, B. (2000). Occupational Therapy for Children with Developmental Coordination Disorder: A Study of the Effectiveness of a Combined Sensory Integration and Perceptual-Motor Intervention. *The British Journal of Occupational Therapy*, 63, 495–499. <https://doi.org/10.1177/030802260006301007>
- Demoncy, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- Dunn, W. (2017). *Best practices in occupational therapy for children and youth: A foundation for decision making*. AOTA Press.
- Éditions du CHU Sainte-Justine. (n.d.). Tableau synthèse : 6-12 ans. CHU Sainte-Justine. https://www.editions-chu-sainte-justine.org/media/livre/document/258_TableausynthAse6-12ans.pdf
- Ferland, F. (2014). Le développement de l'enfant au quotidien. In *Le développement sensoriel et perceptif* (2e éd., p. De la naissance-à 6 mois). Éditions du CHU Sainte-Justine. https://www.editions-chu-sainte-justine.org/media/livre/document/253_Tableau_syntheIse_Dev_06ans.pdf
- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : Entretien et questionnaire* (3e éd.). Dunod. <https://univ-scholarvoxcom.ezproxy.u-pec.fr/book/88828459>
- Forsyth, K., Maciver, D., Howden, S., Owen, C., & Shepherd, C. (2008). Developmental Coordination Disorder: A synthesis of evidence to underpin an allied health professions' framework. *International Journal of Disability Development and Education*, 55(2), 153–172. <https://doi.org/10.1080/10349120802033659>
- Graham, F., Kennedy-Behr, A., & Ziviani, J. (2020). *Occupational performance coaching: Supporting children, families, and professionals*. Routledge.
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2008). Coaching parents to enable children's participation: An approach for working with parents and their children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(1), 16–23. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2008.00736.x>

- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2010). Coaching parents to enable participation: An approach for working with parents and their children. AOTA Press.
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2013). Coaching parents to enable children's participation: An approach for working with parents and their children. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(9), 451–458.
- Hagedorn, R., et al. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie (M.-C. Morel-Bracq, Éd.). De Boeck Supérieur.
<https://www.furet.com/media/pdf/feuilletage/9/7/8/2/3/5/3/2/9782353273775.pdf>
- Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent–therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(1), 14–24. <https://doi.org/10.1046/j.0045-0766.2001.00273.x>
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2017, décembre). Troubles spécifiques du langage et des apprentissages : Guide de parcours de soins. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/guide_tsla_vf.pdf
- Huron, C. (2017). De la souffrance à l'autonomie. *L'école des parents*, N° 624(3), 51-53. <https://doi.org/10.3917/epar.624.0051>
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). (2019). Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. <https://www.inserm.fr/expertise-collective/trouble-developpemental-coordination-ou-dyspraxie/>
- King, G., King, S., Rosenbaum, P., & Goffin, R. (2004). Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: Linking process with outcome. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(6), 513–521.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person–environment–occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23.

- Licari, M. K., et al. (2021). The unmet clinical needs of children with developmental coordination disorder. *Pediatric Research*, 90(4), 826–831. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01373-1>
- Lingam, R., Hunt, L., Golding, J., Jongmans, M., & Emond, A. (2009). Prevalence of developmental coordination disorder using the DSM-IV at 7 years of age: A UK population-based study. *Pediatrics*, 123(4), e693–e700. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1770>
- Lino, F., & Chieffo, D. P. R. (2022). Developmental Coordination Disorder and Most Prevalent Comorbidities: A Narrative Review. *Children*, 9(7), 1095. <https://doi.org/10.3390/children9071095>
- Missiuna, C., Gaines, R., McLean, J., & Rosenbaum, P. (2007). Parental questions about developmental coordination disorder: A guide for occupational therapists. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(2), 69–81.
- Missiuna, C., Moll, S., Law, M., King, S., & King, G. (2005). Mysteries and Mazes: Parents' Experiences of Children with Developmental Coordination Disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 7–17. <https://doi.org/10.2182/cjot.05.0010>
- Missiuna, C., Pollock, N., Levac, D., Campbell, W., Sahagian Whalen, S., Bennett, S., Hecimovich, C., & Cairney, J. (2012). Partnering for Change: An innovative school-based occupational therapy service delivery model for children with developmental coordination disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 41–50. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.1.6>
- Missiuna, C., Rivard, L., & Pollock, N. (2004). They're bright but can't write: Developmental coordination disorder in school-aged children. *TEACHING Exceptional Children Plus*, 1(1), Article 3. <http://escholarship.bc.edu/education/tecplus/vol1/iss1/3>
- Missiuna, C., Rivard, L., & Pollock, N. (2011). Le trouble développemental de la coordination (TDC) : À la maison, à l'école et dans la communauté [Brochure]. CanChild. https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/001/678/original/developmental_coordination_disorder_home_school_community_booklet_French.pdf

- Morgan, R., & Long, T. (2012). The Effectiveness of Occupational Therapy for Children with Developmental Coordination Disorder: A Review of the Qualitative Literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(1), 10–18. <https://doi.org/10.4276/030802212x13261082051337>
- O’Kelly, N. L., & Fourie, J. V. (2023). Journeying with developmental coordination disorder: The family experience. *African Journal of Disability*, 12. <https://doi.org/10.4102/ajod.v12i0.1210>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2022, février). Document d’orientation – L’ergothérapeute en enfance et en jeunesse : Soutenir la participation occupationnelle des enfants et des adolescents. OEQ. https://www.oeq.org/DATA/NORME/67vdocument_enfancejeunessefev2022.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2008). Trouble spécifique du développement de la fonction motrice (F82). CIM-10. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F82>
- Pieters, S., Desoete, A., Van Waelvelde, H., Vanderswalmen, R., & Roeyers, H. (2012). Mathematical problems in children with developmental coordination disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1128–1135. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.02.007>
- Poulsen, A. A., & Ziviani, J. M. (2004). Can I Play Too? Physical Activity Engagement of Children with Developmental Coordination Disorders. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 100–107. <https://doi.org/10.1177/000841740407100205>
- Rosenbaum, P., & Gorter, J. W. (2012). The “F-words” in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 457–463.
- Rodger, S., & Kennedy-Behr, A. (2017). *Occupation-centred practice with children: A practical guide for occupational therapists*. Wiley-Blackwell.
- Santinelli, L. (2012). Chapitre 6. Le partenariat avec les familles. In Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M. & Vauvillé, B. (dir.), *Ergothérapie en pédiatrie* (pp. 83–96). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0083>

- Sifer-Rivière, L. (2016). Chapitre 4. Enquêter par entretien : Se saisir du discours et de l'expérience des personnes. In *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 86–101). Armand Colin. <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-page-86.htm>
- Soriano, C. A., Hill, E. L., & Crane, L. (2015). Surveying parental experiences of receiving a diagnosis of developmental coordination disorder (DCD). *Research in Developmental Disabilities*, 43–44, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.06.001>
- Sugden, D., & Chambers, M. (2003). Intervention in children with Developmental Coordination Disorder: the role of parents and teachers. *The British Journal of Educational Psychology*, 73 Pt 4, 545–561. <https://doi.org/10.1348/000709903322591235>
- Summers, J., Larkin, D., & Dewey, D. (2008). Activities of daily living in children with developmental coordination disorder: Dressing, personal hygiene, and eating skills. *Human Movement Science*, 27(2), 215–229. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2008.02.002>
- Tanneau, C., Bidal, É., & Ben Ismail, A. (2021). Le développement du répertoire occupationnel des enfants entre 0–6 ans : Comment l'accompagner en ergothérapie. *ANAE*, 172, 0–8.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., Polatajko, H., & Cantin, N. (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. CAOT Publications ACE.
- Vaivre-Douret, L. (2008). Le point sur la dyspraxie développementale : Symptomatologie et prise en charge. *Contraste*, 28–29(1), 321–341. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0321>
- Vaivre-Douret, L. (2016). *Troubles de la coordination motrice chez l'enfant : De la clinique à la rééducation*. Dunod.
- Vaivre-Douret, L. (2016). Dyspraxie développementale ou trouble de l'acquisition de la coordination (tac) : repérage, évaluation et indications thérapeutiques. *Enfances & Psy*, 71(3), 30–43. <https://doi.org/10.3917/ep.071.0030>

- Ward, A., & Rodger, S. (2004). The Application of Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) with Children 5–7 Years with Developmental Coordination Disorder. *The British Journal of Occupational Therapy*, 67, 256–264. <https://doi.org/10.1177/030802260406700604>
- Wilson, P. H., Ruddock, S., Smits-Engelsman, B., Polatajko, H., & Blank, R. (2012). Understanding performance deficits in developmental coordination disorder: A meta-analysis of recent research. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(3), 217–228.

Annexes:

Annexe 1 : Extraits développements enfants 5-11 ans d'après F. Ferland.

Annexe 2 : Extraits développements enfants 5-11 ans d'après Josiane Caron Santha.

Annexe 3 : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO).

Annexe 4 : Guide de l'entretien semi-directif.

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec E1.

Annexe 6 : Des Exemples cliniques illustrant les effets de l'OPC sur la performance occupationnelle dans les soins personnels des enfants atteints de TDC.

Annexe 1 : Extraits développements enfants 5-11 ans d'après F. Ferland, (Ferland dans editions-chu-sainte-justine.org, 2015).

Le développement des habiletés d'habillement, d'alimentation et d'hygiène

De la naissance à 6 mois	Hygiène Il fait des éclaboussures et donne des coups de pied dans l'eau.	
De 6 à 12 mois	Alimentation - Il tient son biberon à deux mains : il a besoin d'aide pour le placer dans le bon angle. - Il boit seul au biberon. - Il mange de petits morceaux de nourriture avec ses doigts.	
De 1 à 2 ans	Habillement - Il aide à l'habillement en tendant bras et jambes. - Il enlève quelques vêtements (chapeau). - Il enlève son pantalon s'il est descendu en bas des hanches. - Il monte et descend une fermeture éclair si les deux parties sont réunies à la base. Alimentation - Il boit à la tasse, avec couvercle, bec verseur et deux anses. - Il mange avec une cuillère, mais dirige difficilement la nourriture vers sa bouche sans renverser la cuillère et sans faire de dégâts. - Il boit au verre en le tenant à deux mains, mais il a besoin de supervision.	
De 2 à 3 ans	Habillement - Il enlève ses souliers, ses bas, son pyjama. - Il déboutonne de gros boutons. - Il commence à s'habiller seul quand les vêtements sont amples. Alimentation - Il boit proprement au verre. - Il boit à la paille. - Il se nourrit à la cuillère sans faire de dégâts. - Il commence à manger avec une fourchette. Hygiène - Il peut avertir quand il est mouillé. - Il demeure sec pendant presque toute la journée. - Il aide à laver certaines parties de son corps sur demande. - Il apprend à se laver les mains. - Il ouvre et ferme le robinet. - Il actionne la chasse d'eau. - Il demande à être mouché, mais il ne comprend pas qu'il doit souffler.	
De 3 à 4 ans	Habillement - Il se déshabille seul, sauf pour les attaches, les vêtements serrés à passer par-dessus la tête ou avec fermeture au dos. - Il détache complètement la fermeture éclair de son blouson.	
De 3 à 4 ans	Alimentation - Il préfère utiliser une fourchette à une cuillère. - Il pique les aliments avec sa fourchette. - Il peut écraser de la nourriture molle avec sa fourchette. Hygiène - Il se brosse les dents (sous supervision). - Il se lave les mains et les essuie. - Il peut aller seul aux toilettes, mais a besoin qu'on l'essuie. - Il a du mal à souffler avec le nez dans le mouchoir et s'essuie plus qu'il ne se mouche.	
De 4 à 5 ans	Habillement - Il s'habille seul, sauf pour certaines attaches ou pour des vêtements serrés. - Il attache la fermeture éclair de son blouson. - Il peut détacher et attacher un bouton de grosseur moyenne. - Il commence à faire des nœuds. - Il distingue l'arrière et l'avant de ses vêtements. - Il attache la boucle d'une ceinture ou d'une sandale. Alimentation - Il mange tout son repas seul et proprement. - Il peut se servir du lait d'un pichet qui n'est ni trop lourd ni trop rempli. - Il coupe certains aliments peu résistants avec sa fourchette. Hygiène - Il s'essuie seul après avoir uriné. - Il lave différentes parties de son corps (sous supervision).	
De 5 à 6 ans	Habillement - Il s'habille seul, mais il a encore besoin d'aide pour des attaches au dos, près du cou ou aux poignets. - Il met ses souliers dans les bons pieds. - Il réussit à faire des nœuds. - Il commence à faire des boucles lâches avec des lacets. - Il réussit à attacher les boutons pression et les boutons de fantaisie. Alimentation - Il tartine son pain avec un couteau. - Il coupe des légumes cuits avec son couteau. - Il coupe sa viande avec son couteau. Hygiène - Il s'essuie seul après être allé à la selle. - Il se mouche efficacement. - Il peut prendre son bain seul et s'assécher. - Il se brosse les cheveux.	

Activités de la vie quotidienne et tâches domestiques

	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans
Activités de la vie quotidienne	Habillement : peut faire une boucle, un nœud, attacher de petits boutons, remonter une fermeture éclair dans le dos, lacer ses souliers.		Peut se préparer seul un repas simple : petit-déjeuner, salade, etc.		Peut écaler un œuf cuit dur.		
	Hygiène : peut se coiffer seul et se moucher.		Sait se laver les oreilles et prendre son bain de façon tout à fait autonome.		Peut se nettoyer les ongles.		
Tâches domestiques	Peut mettre le couvert, vider le lave-vaisselle, ratisser les feuilles, préparer une salade, trier les serviettes sortant du sèche-linge et les plier, regrouper les chaussettes propres et changer le rouleau de papier de toilette.		Peut mettre la vaisselle dans le lave-vaisselle, épousseter les meubles, ranger l'épicerie.		Peut balayer le plancher, tondre le gazon, nettoyer la salle de bain et le comptoir de cuisine, nettoyer la litière du chat, sortir les poubelles.		

Motricité fine (5 - 6 ans)

- ☐ Commence à bouger son crayon avec les doigts (plutôt que le poignet)
- ☐ Colorie habilement des images plus complexes avec des lignes plus étroites
- ☐ Dessine un bonhomme plus élaboré
- ☐ Copie un triangle
- ☐ Trace une ligne entre des points
- ☐ Explore l'écriture des lettres de son nom
- ☐ Découpe des formes convexes plus complexes
- ☐ Utilise des petites pinces
- ☐ Plie une feuille en deux en joignant les coins
- ☐ Fait une ligne avec une règle
- ☐ Utilise un taille-crayon manuel 
- ☐ Utilise un poinçon
- ☐ Utilise efficacement une gomme à effacer
- ☐ Utilise efficacement la colle
- ☐ Installe un trombone 
- ☐ Réalise des constructions complexes avec des blocs
- ☐ Fait des nœuds
- ☐ Attache des boutons-pression
- ☐ Brosse / peigne ses cheveux
- ☐ Tartine bien une tranche de pain avec un couteau
- ☐ Couper des aliments mous avec un couteau et une fourchette
- ☐ S'essuie efficacement après la selle
- ☐ Se mouche efficacement



Le guide du développement moteur de l'ACADÉMIE JCSI (entre 0-8 ans)

© 2024 Académie JCSI. Ne pas partager/diffuser. Pour une copie : www.josianecaronsantha.com/motricite

Motricité fine (8 ans +)

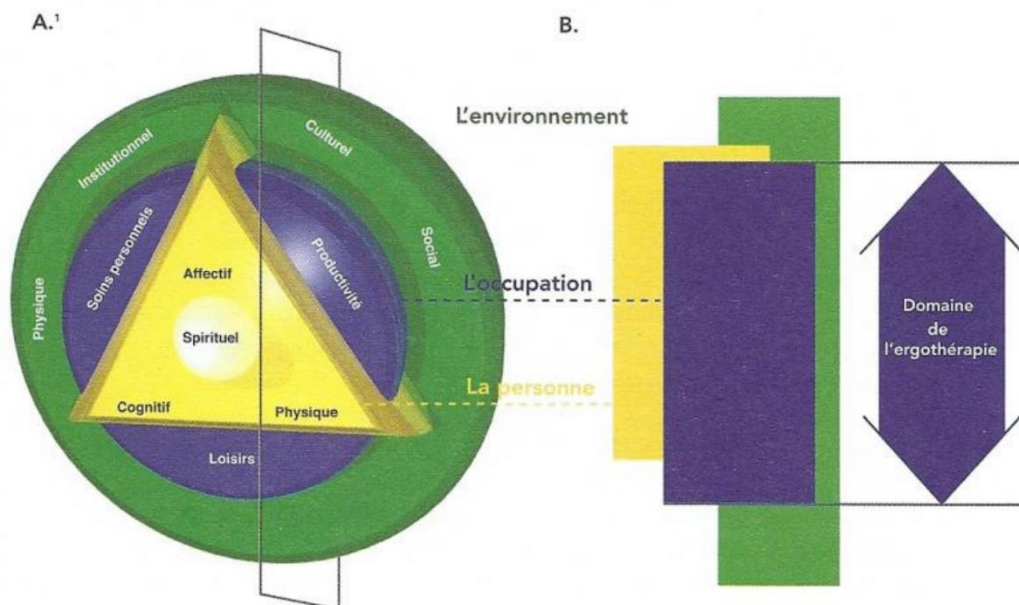
- ☐ Utilise efficacement et sécuritairement un éplucheur
- ☐ Utilise efficacement et sécuritairement une râpe à fromage
- ☐ Ouvre une bouteille avec un ouvre-bouteille
- ☐ Ouvre une canette
- ☐ Ouvre une canne de conserve avec un ouvre-boîte manuel
- ☐ Utilise des outils de construction (ex. tournevis)
- ☐ Réalise des projets de construction complexes
- ☐ Nettoie ses ongles avec une lime à ongles
- ☐ Applique efficacement du vernis à ongle
- ☐ Installe des lentilles cornéennes
- ☐ Utilise un coupe-ongle
- ☐ Attache un bracelet / une montre avec son autre main
- ☐ Attache un collier / chaîne derrière son cou
- ☐ Attache un soutien-gorge derrière
- ☐ Attache des boucles d'oreilles sans être devant le miroir
- ☐ Se maquille habilement (ex. mascara, rouge à lèvres)
- ☐ Réalise des coiffures comme des tresses
- ☐ Manipule / brasse habilement des cartes à jouer
- ☐ Enfile et retire des bas de nylon sans les briser
- ☐ Fabrique des bijoux
- ☐ Emballe un cadeau



Le guide du développement moteur de l'ACADÉMIE JCSI (entre 0-8 ans)

© 2024 Académie JCSI. Ne pas partager/diffuser. Pour une copie : www.josianecaronsantha.com/motricite

Annexe 3 : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

(Townsend, Polatajko, & Cantin, 2013)

Annexe 4 : Guide de l'entretien semi-directif

Ergothérapeute N° :

1. Présentation du cadre contractuel de l'entretien :

Bonjour, je me présente, je m'appelle Chaima KCHAOU, je suis étudiante en 3ème année à l'institut de formation en ergothérapie de Créteil. Je vous remercie pour le temps que vous m'accordez. Je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur la pratique des ergothérapeutes en pédiatrie auprès des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de Trouble développemental de la coordination (TDC). La durée de cet entretien est d'environ 30 minutes. Il s'agit d'un temps d'échange qui me permettra d'avoir des réponses à mes questions de recherche ainsi que d'avoir des informations complémentaires pour enrichir mon travail. Je vais vous poser quelques questions selon les objectifs que j'ai définis. Dans le cas où vous avez besoin de mieux les comprendre, n'hésitez pas à m'interrompre afin que je clarifie mes propos. Les données retranscrites et enregistrées sont anonymes et confidentielles. Elles seront uniquement utilisées dans le cadre de ce travail de recherche. Avez-vous des questions avant de commencer ?

(Le consentement de l'ergothérapeute concernant l'enregistrement et la retranscription de l'entretien est demandé en amont de l'entretien).

2. Questions de l'entretien :

Thématique	Questions	Objectifs
Présentation des ergothérapeutes et leurs parcours professionnels (Informations sociodémographiques)	Question principale : Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel auprès des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC s'il vous plaît ? Question(s) complémentaire(s) (Si besoin) : • Quel âge avez-vous ? • Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ? • Depuis combien de temps exercez-vous en	Connaître l'ergothérapeute ainsi que son parcours professionnel et spécifiquement auprès des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC. S'assurer que l'ergothérapeute répond aux critères d'inclusion.

	libéral/ SESSAD ? • Avez-vous d'autres expériences professionnelles antérieures? si oui, lesquelles? • Depuis combien de temps travaillez-vous avec des des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC • Suivez-vous ou avez-vous suivi une/des formation(s) spécifique(s) au TDC?	
Thème 1 : Le repérage de l'impact du TDC sur la performance occupationnelle des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC dans les soins personnels. (Objectif 1)	Une définition de la performance occupationnelle est donnée (si besoin) Question principale : • Observez-vous les effets du TDC sur la réalisation des soins personnels (comme l'habillage, l'alimentation, ou l'hygiène) chez les enfants de 5 à 11 ans ? Si oui, lesquels ? Question(s) complémentaire(s) (Si besoin) : • Comment évaluez-vous le niveau d'indépendance des enfants atteints de TDC dans ces soins personnels ? • Quels outils ou méthodes utilisez-vous pour mesurer ou observer la performance occupationnelle des enfants dans les soins personnels ? • Quelles approches ou stratégies mettez-vous en place pour aider ces enfants à améliorer leur	S'assurer d'avoir la même représentation du concept de la performance occupationnelle. Déterminer les différents éléments du TDC qui peuvent impacter la performance occupationnelle des enfants âgés de 5 à 11 ans. Explorer l'impact des limitations de la performance occupationnelle sur l'indépendance quotidienne et le bien-être des enfants, afin d'identifier les besoins prioritaires pour des interventions ciblées. Analyser/ explorer comment les réactions et le soutien des parents influencent l'indépendance et l'amélioration des compétences en soins personnels chez les enfants atteints de TDC.

	performance dans les soins personnels ? • Pouvez-vous donner un exemple concret d'une intervention qui a eu un impact positif ? • Comment les parents réagissent-ils aux difficultés rencontrées par leurs enfants dans l'exécution des soins personnels ? • Quel rôle observez-vous pour le soutien parental dans l'amélioration de ces compétences ?	
Thème 2 : L'identification de la fréquence et des motifs d'utilisation du coaching pour accompagner les parents d'enfants atteints de TDC présentant des difficultés occupationnelles dans les soins personnels. (Objectif 2)	A. Intégration générale de l'OPC dans la pratique ergothérapique Question principale : • En tant qu'ergothérapeute, comment intégrez-vous l'OPC dans votre pratique? Questions complémentaires : • Quelles spécificités apportez-vous en tant qu'ergothérapeute lorsque vous utilisez le coaching parental pour améliorer la performance occupationnelle ? • Quels éléments vous semblent essentiels pour que l'OPC soit efficace dans la recherche d'une meilleure performance occupationnelle ? B. Fréquence et critères d'utilisation du coaching parental pour accompagner les parents:	Comprendre l'utilisation générale de l'OPC dans la pratique ergothérapique. Identifier les moyens utilisés dans la pratique de l'ergothérapeute pour favoriser la participation parentale et pour favoriser la performance occupationnelle des enfants. Déterminer à quelle fréquence le coaching est utilisé auprès des parents et identifier les situations ou difficultés qui motivent son recours dans le suivi des enfants atteints de TDC. Recueillir des exemples concrets illustrant l'efficacité du coaching, et comprendre les raisons pour lesquelles les

	• Pouvez-vous décrire la fréquence à laquelle vous recourez au coaching parental pour accompagner les parents d'enfants atteints de TDC ? • Quelles situations ou difficultés spécifiques chez les parents vous incitent à utiliser le coaching ? • Comment décidez-vous d'intégrer le coaching dans votre intervention avec les familles ? C. Exemples et efficacité du coaching parental: • Pouvez-vous partager un exemple où le coaching parental a été particulièrement utile pour soutenir les parents dans la gestion des soins personnels de leur enfant ?	professionnels considèrent cette méthode comme un outil performant dans l'accompagnement des parents. Évaluer l'impact du coaching parental via l'OPC sur l'engagement des parents et, par extension, sur l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants, tout en comparant cette approche aux méthodes de prise en charge traditionnelles.
Thème 3 : L'analyse/ l'exploration de l'impact du coaching sur l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants dans les soins personnels. (Objectif 3)	Question principale : • Percevez-vous un impact du coaching parental sur la performance occupationnelle des enfants atteints de TDC dans les soins personnels ? Question(s) complémentaire(s) (Si besoin) : • Comment évaluez-vous l'impact du coaching parental sur la participation des parents et, par extension, sur la performance occupationnelle de l'enfant ? • Pouvez-vous partager un exemple concret où le coaching parental a conduit à une amélioration notable des performances ?	Identifier l'impact de l'OPC sur la performance occupationnelle des enfants dans la réalisation de leurs soins personnels. Vérifier la validité ou non de l'hypothèse. Illustrer concrètement, à travers des exemples pratiques, l'effet du coaching sur l'amélioration des compétences en soins personnels.

Thème 4 : Différenciation de l'OPC par rapport à d'autres professionnels. (Objectif 4)	Question principale 1 : • En quoi pensez-vous que l'utilisation de l'OPC par un ergothérapeute se distingue de celle d'autres professionnels intervenant auprès d'enfants atteints de TDC ? Question principale 2 : • Selon vous, quels avantages l'OPC offre-t-il aux ergothérapeutes par rapport aux méthodes de coaching employées par d'autres disciplines ?	Comprendre comment l'application de l'OPC par les ergothérapeutes se différencie de celle d'autres professionnels intervenant auprès d'enfants atteints de TDC. Identifier les bénéfices et les atouts de l'OPC, comparativement aux méthodes de coaching utilisées dans d'autres disciplines, dans l'accompagnement des enfants atteints de TDC.
Thème 5 : Ouverture pour de nouveaux apports et connaissances.	Question(s) principale(s) : Avant de conclure, souhaitez-vous ajouter quelque chose ou aborder un point qui n'a pas encore été évoqué ?	Permettre à l'ergothérapeute d'ajouter de nouvelles informations non abordées durant l'échange et qui peuvent être pertinentes pour le travail de recherche.

3. Remerciement :

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé pour cet échange. Mon mémoire de recherche a comme problématique « Comment l'ergothérapeute favorise-t-il la participation des parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC pour développer leur indépendance dans la réalisation des soins personnels ? » et comme hypothèse « l'utilisation de l'Occupational Performance Coaching par l'ergothérapeute auprès des parents améliore la performance occupationnelle des enfants âgés de 5- 11 ans atteints de TDC dans les soins personnels. ». Si cela vous intéresse je peux vous le transmettre par mail dès qu'il sera terminé.

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec E1

CK: Bonjour, je me présente, je m'appelle Chaima KCHAOU, je suis étudiante en 3ème année à l'institut de formation en ergothérapie de Créteil. Je vous remercie pour le temps que vous m'accordez. Je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur la pratique des ergothérapeutes en pédiatrie auprès des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de Trouble développemental de la coordination (TDC). La durée de cet entretien est d'environ 30 minutes. Il s'agit d'un temps d'échange qui me permettra d'avoir des réponses à mes questions de recherche ainsi que d'avoir des informations complémentaires pour enrichir mon travail. Je vais vous poser quelques questions selon les objectifs que j'ai définis. Dans le cas où vous avez besoin de mieux les comprendre, n'hésitez pas à m'interrompre afin que je clarifie mes propos. Avez-vous des questions avant de commencer ?

E1: Bonjour, non pas du tout, nous pouvons commencer.

CK : Hop, c'est bon là, je commence. Alors, pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel auprès des enfants ? Des enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC , s'il vous plaît.

E1 : Moi, je suis ergothérapeute en libéral depuis 2015. Et depuis j'accompagne des enfants qui ont un TDC, donc qui sont aussi entre 5 et 11 ans pour la plupart d'entre eux. Du coup, depuis ce moment-là, j'accompagne. Soit dans un parcours diagnostic, soit dans après diagnostic des enfants atteints de ce trouble-là.

CK : Hum. Quel âge avez-vous?

E1: J'ai 30 ans

CK : Ok alors vous êtes diplômés depuis 2015 Ok, en libérera depuis ce temps-là. Avez-vous d'autres expériences professionnelles antérieures ? Déjà ?

E1: Non

CK : D'accord , Alors, suivez-vous ou avez-vous suivi une des formations spécifiques au TDC?

E1: Oui, j'ai dû faire des formations spécifiques au TDC, Ouais, notamment sur le diagnostic et une autre sur une approche de rééducation CO-OP.

CK : CO-OP, d'accord, pas d'autres formations.

E1: Sur le TDC spécifiquement ?

CK : Humm comme OPC par exemple.

E1: Oui mais il y a beaucoup, beaucoup de formations, après ils sont pas spécifiques au TDC. Si je dois faire toutes les formations, ça va être un peu long. Guidance parentale, OPC, J'ai fait quoi ? J'ai fait l'intégration sensorielle aussi.

CK : Très bien.

E1: Des formations sur le sommeil, sur l'alimentation. Sur la défécation, sur le positionnement. Un master en recherche, un DU en pathologie du mouvement chez l'enfant.

CK :Beaucoup quand même. C'est super. Très bien OK, pour la première partie, c'est bon. Pour ...pour mon premier thème, c'est vraiment le repérage de l'impact du TDC sur la performance occupationnelle

des enfants âgés de 5 à 11 ans dans les soins personnels. Juste pour être sûre qu'on a la même représentation de la performance occupationnelle. C'est quoi selon vous ?

E1: Pour moi, la performance occupationnelle, ça serait un équivalent de la participation dans une occupation. Donc le niveau de réalisation.

CK : Très bien. Ok, Pour moi, c'est le fait d'effectuer l'occupation d'une manière concrète.

E1:Très bien.

CK : C'est à peu près comme ça. Alors observez-vous les effets du TDC sur la réalisation des soins personnels déjà, comme l'habillage, l'alimentation, l'hygiène chez ces enfants-là de 5 à 11 ans, si oui lesquels ?

E1: Alors je dirais que pour la majorité des enfants qui ont un TDC que je reçois, oui j'observe un impact sur les soins personnels. Maintenant je serai à temps vigilant à dire que c'est pas pour 100% des enfants avec un TDC que j'observe. Des problématiques de, dans les soins personnels, il y en a effectivement pour qui c'est prégnant, notamment sur l'habillage, sur la toilette. soit manipulations des couverts ou sur l'alimentation de manière plus générale. Mais pour une petite partie d'entre eux, on a observé de difficultés sur les sports personnels, y en a plutôt sur la dimension scolaire et sur les loisirs. Mais c'est vrai que pour la majorité, on retrouve un peu les classiques, hein, le laçage des chaussures, l'habillage, l'alimentation, se laver intégralement, fermer certains boutons etc.

CK : Des choses comme ça.

E1: Oui.

CK : D'accord, très bien. Bah je vois que c'est vrai, l'âge de 5 à 11 ans, c'est plutôt scolaire. Mais je me suis intéressée par les soins personnels. Alors, comment évaluez-vous le niveau d'indépendance des enfants atteints de TDC dans ses soins personnels ?

E1: Alors moi j'utilise pas mal la MCRO avec les parents. Et puis parfois avec les enfants. Pour ceux de 5 ans, ça va être difficile. Mais. À partir de 7 ans, la MCRO je la trouve bien déjà. On peut l'associer avec un outil comme l'OT'hope pour voir un peu le niveau de réalisation de l'enfant de sa satisfaction, donc pas mal d'outils, déjà d'entretien, de questionnaires, et cetera pour relever un peu les plaintes qui seraient exprimées par l'enfant ou par la famille. Et puis après, s'il faut évaluer concrètement la performance de l'enfant en situation réelle quand ça Touche pas à l'intimité. Je vais soit me rendre dans l'environnement à l'occupation à réaliser, soit demander des vidéos. Et puis quand ça touche à l'intimité, je vais m'appuyer beaucoup sur le discours des parents et discours de l'enfant pour mieux comprendre le niveau de participation.

CK : Vous entendez quoi par la notion d'intimité plutôt.

E1:Bah les soins personnels ça touche la toilette si ça touche s'essuyer après être allé au WC, ce genre de choses ça me paraît compliqué.

CK : L'hygiène. C'est ça.

E1: En tout cas, dans ma pratique, c'est quelque chose que j'évite d'être confronté à , la nudité de l'enfant, et cetera, c'est pas la pratique que je souhaite avoir donc je fais attention et pourquoi que les mises en situation elles ne sont pas possibles à cause de ça on passe plutôt par de l'entretien et de la discussion.

CK : D'accord, si je comprends bien, alors les outils ou méthodes que vous utilisez pour évaluer la performance, c'est soit l'observation, l'entretien, OT'HOPE et MCRO.

E1: Ouais, et je dirais après des outils qui sont plutôt intégrés à des approches de rééducation comme CO-OP, donc l'analyse dynamique de la performance ou PQRS. Des choses comme ça.

CK : D'accord, quelle approche ou stratégie mettez-vous en place pour aider ces enfants à améliorer leurs performances dans les soins personnels ?

E1: Je dirais spontanément CO-OP quand même celle que j'utilise le plus. Je dirais ensuite tout ce qui est vidéo modeling. Ah donc j'ai utilisé la vidéo pour montrer un comportement, enseigner un comportement ou modifier un comportement. Et après, quand ça touche des activités plutôt qui relèvent de l'intimité, je vais plutôt utiliser des approches comme OPC ou de la guidance parentale. Justement pour outiller les enfin, pour m'appuyer uniquement sur le parent pour mettre en place des actions.

CK : D'accord, est-ce que vous pouvez me donner un exemple concret, par exemple d'une intervention qui a eu un impact positif ?

E1: Un exemple auprès d'une intervention qui a un impact positif.

CK : Oui impact positif sur la performance occupationnelle.

E1: Ben typiquement CO-OP sur la laçage des chaussures, c'est assez efficace. Donc. Ils ont l'avantage de CO-OP, c'est que c'est une stratégie qui va être utilisée ou utilisable pour différents objectifs. Donc là pour le coup c'est quand je dis les enfants avec plusieurs problématiques, ça je trouve ça intéressant. Et puis pour d'autres, je vais utiliser le vidéo modeling parce que ça correspond plutôt à leur centre d'intérêt, c'est l'utilisation de technologie, de numérique, de vidéo. Donc je sais que c'est motivant pour certains. Et puis la guidance parentale enfin, ou des approches comme OPC, c'est plutôt quand les parents ont montré une grande volonté de s'investir ou de s'engager dans l'accompagnement.

CK : Très bien OK, et là du coup, comment les parents réagissent-ils aux difficultés rencontrées par leurs enfants, dans l'exécution des soins personnels?

E1: On voit bien que ça dépend, ça dépend beaucoup des situations, des parents et des enfants ?

CK : Racontez-moi tout, s'il vous plaît. Comme ça, j'aurais beaucoup d'exemples.

E1: C'est compliqué, il y a des. Il y a des parents pour qui c'est très difficile parce que les soins personnels, c'est des choses à un certain âge, peut-être plus sur la, en tout cas sur les plus âgés de la tranche entre 5 et 11 ans. Je pense que pour certains, c'est vraiment attendu que ça soit des activités, des occupations bien maîtrisées. Du coup, pour certains parents, c'est difficile de voir leurs enfants en difficulté. Toujours en difficulté malgré les efforts, et cetera. Pour d'autres, c'est pas du tout un problème. Et puis il y a des parents qui vont mettre plein de stratégies en place pour compenser, pour éviter d'être confronté à cette activité là ou à ces difficultés-là. Et puis il y a des parents pour qui c'est pas un problème c'est à dire que effectivement c'est mal réalisé par l'enfant ou c'est, mais c'est pas

insatisfaisant pour eux ou alors il y a d'autres choses qui sont plus importantes selon eux à résoudre. Dans le quotidien donc carrément, je dirais pour des réactions différentes en fonction de chaque situation, voilà.

CK : D'accord, Et pour ceux qui ne trouvent pas ça de problématique alors, les parents font au lieu de leurs enfants, c'est ça ? c'est le truc le plus simple ?.

E1: Oui ou alors ils font pas. Tout simplement.

CK : Et comme ça, l'enfant ne peut pas apprendre à faire des choses. Si je ne me trompe pas ?

E1: Bah ils font comme ils peuvent. Je pense que c'est pas toujours, c'est pas toujours leur priorité les soins personnels et du coup bah peut-être que effectivement pendant un moment, tant que ils ont envie de s'investir ou de s'engager sur d'autres objectifs, peut-être que pendant un moment ils vont laisser je sais pas ils vont habiller l'enfant à sa place et puis le jour où il ça sera la priorité de travailler l'habillement, ils mettront en place des stratégies ou des moyens. Puis je dirais après que l'usage de stratégie comme CO-OP ou autres qui permettent de travailler plusieurs objectifs à la fois, c'est aussi une manière indirecte de faire évoluer un peu le quotidien des familles puisque l'enfant va se saisir de cette stratégie. La famille aussi. Ils vont peut-être eux-mêmes utiliser la stratégie pour des problématiques qu'ils rencontrent sans forcément solliciter l'ergothérapeute. Donc oui, y a et c'est vrai que ces personnes c'est ça paraît important, et cetera. Mais en tout cas, moi je constate que dans la pratique c'est pas parce que c'est une activité ou des occupations mal réalisées par l'enfant que c'est un objectif en soi pour les familles.

CK : Hum. Hum, d'accord. Et pour les parents qui trouvent que les soins personnels sont prioritaires mais ils savent pas comment faire face. Du coup, quel rôle observez-vous pour le soutien parental dans l'amélioration de ces compétences-là ?

E1: Ben je dirais que la place du parent dans l'amélioration de la performance ou du rendement de l'enfant dans ses tâches de soins personnels, elle est indispensable et elle est très, très importante. Déjà parce que c'est des enfants qui ont souvent des difficultés de transfert et de généralisation, donc même si avec leur ergo ils sont capables de faire des choses, c'est pas dit qu'ils soient capables de se saisir des stratégies et de les appliquer à la maison au bon moment, dans le bon contexte, et cetera. Et puis les parents, bah c'est quand même eux qui sont le plus souvent dans le quotidien avec l'enfant, qui sont en train peut-être de l'assister dans ces tâches de soins personnels. Donc effectivement ils ont un rôle très important et je pense que si ils sont bien accompagnés, ils peuvent encore être plus efficaces. Souvent d'ailleurs, ils sont très pertinents dans les propositions de stratégies et ils ont déjà mis en place plein de choses quand c'est devenu leur priorité en fait.

CK : D'accord, Ouais. Et ici, comment l'ergothérapeute peut aider les parents ? Genre l'ergothérapeute peut faire partenariat avec les parents pour leur aider à comprendre, à mieux comprendre leurs enfants et comme ça, et faire face aux difficultés de leurs enfants.

E1: Oui, mais je dirais qu'ils peuvent l'aider, aider, Enfin, l'ergo peut aider le parent de plein de manières différentes. Effectivement, déjà en expliquant ce que ce quel TDC et sa conséquence sur la vie

quotidienne pour que les parents puissent mieux s'ajuster, je dirais aussi qu'après, ils peuvent être dans un format de guidance parental, c'est à dire leur dire comment ils doivent se positionner dans telles occupations, quel soutien offrir, quelles consignes données et cetera, quel matériel utiliser, et puis on pourrait être sûr à un niveau de partenariat beaucoup plus effectif dans lequel effectivement on serait plutôt sur une approche type OPC dans lesquels on s'appuie que sur la discussion avec le parent pour résoudre les problèmes. En laissant, le parent s'appuie sur ses expériences positives, et cetera. Je dirais y a plein de manières, encore une fois, d'accompagner le parent.

CK : Et l'OPC fait partie, fait quand même une partie de cette guidance-là enfin de ce partenariat-là?

E1: Oui, tout-à-fait.

CK : D'accord, OK. Je passe au thème 2, du coup, c'est l'identification de la fréquence et les motifs d'utilisation du coaching pour accompagner les parents d'enfants atteints de TDC présentant des difficultés occupationnelles dans les soins personnels. Effectivement. En tant qu'ergothérapeute, comment intégrez-vous l'OPC dans votre pratique ?

E1: Je dirais que je l'intègre quand ça me semble être pertinent de le faire, c'est à dire qu'on est quand même dans un contexte de soins, ou donc quand on consulte pour son enfant, on attend pas forcément d'être accompagné de nous-mêmes en tant que parent. La plupart du temps, c'est quand même bien ancré dans nos représentations que quand on consulte pour son enfant et son enfant qui doit être pris en compte et accompagné et cetera. Donc je dirais déjà que ça correspond pas forcément à tout le monde ou à dans la temporalité immédiate, à toutes les personnes qu'on accompagne. Ensuite, ça dépend beaucoup de l'investissement que les parents souhaitent avoir dans l'accompagnement. Moi, c'est une question que je leur pose, quelle place vous souhaitez avoir si jamais ils me disent qu'ils sont très présents, qu'ils veulent être très engagés, et cetera. Ça va me sembler effectivement être une approche à privilégier. Par contre quand ils me disent Ben j'ai pas le temps, j'ai pas envie de m'investir, je vous fais confiance, ça me semble être une approche un peu difficile à mettre en place donc déjà premier principe, c'est identifier le niveau d'investissement parental pour savoir s'ils ont envie de se projeter dans une approche comme celle-ci puisqu'on peut pas y aller sans eux. Et après, je dirais que la place que ça prend dans ma pratique, c'est une place plus de plus en plus importante. À condition effectivement d'avoir un certain nombre de prérequis qui soient réunis. Donc comme je disais ben l'engagement des parents qui se s'investissent, qui sont présents, je dirais aussi une compatibilité entre les objectifs et l'approche d'intervention. Et je trouve que c'est une approche très intéressante pour renforcer le sentiment de compétence parentale et aussi pour répondre à des problématiques ben comme l'alimentation, la toilette, l'habillage, qui sont des problématiques qui sont, qui concernent des occupations qui reviennent vraiment plusieurs fois par jour. Dans lequel le parent est très présent et donc il a déjà une bonne capacité d'analyse et une bonne capacité à mettre en place des stratégies puisque ça occupe beaucoup de son temps à domicile.

CK : D'accord, donc pour mettre en place l'OPC il faut savoir vraiment ou potentiellement le niveau d'engagement du parent pour pouvoir faire ou l'intégrer dans l'intervention.

E1: Oui, je pense qu'il faut que les parents aient en tout cas l'intention et l'envie de prendre cette place. À mon avis, on peut pas exiger d'eux qu'ils la prennent, c'est pas possible parce que y a des parents qui sont pas qui n'ont pas la disponibilité cognitive, affective, le temps tout simplement de s'engager dans ce type d'accompagnement donc oui, pour moi c'est un prérequis important.

CK : OK, lorsque vous demandez aux parents qu'ils vont faire, qu'ils vont aider leurs enfants. Est-ce que vous dites aux parents que là on va mettre en place l'OPC ? Est-ce que vous dites que vous allez utiliser l'OPC pour leur aider ou pas forcément ?

E1: Bon je vais rarement utiliser le terme OPC dans mes séances, je pense quand même que ça ne m'est quasiment jamais arrivé.

CK : D'accord

E1: Par contre, effectivement, je vais leur dire que c'est une séance dans laquelle enfin on rentre dans un processus où c'est eux avec moi et que c'est plus l'enfant avec moi et que c'est eux qui ont les ressources et que je leur fais confiance pour qu'on trouve les solutions ensemble.

CK : D'accord

E1: Vraiment, on change un peu de paradigme. Enfin j'ouvre la porte sur une autre manière de travailler quand j'utilise l'OPC avec eux.

CK : OK, donc l'OPC a été créé pour permettre l'engagement de l'enfant à travers la participation de la famille, c'est ça ?

E1: Oh oui, on peut dire ça, ouais.

CK : Ça peut être comme ça. Quelle spécificité apportez-vous en tant qu'Ergothérapeute lorsque vous utilisez le coaching pour améliorer la performance occupationnelle ?

E1: À quelle spécificité en tant qu'ergo. Je dirais que la spécificité de l'ERGO, c'est quand même de rester toujours focalisé sur justement la performance, la participation, le rendement. Tout ce qui concerne l'occupation et ça, c'est un point vraiment très important, quand on fait du coaching en ergo, on n'est pas coach de vie ou coach de sport ou je ne sais quoi, on reste entré sur la perspective du quotidien, sur la notion de d'occupation et on met nos outils d'analyse au service des personnes qu'on accompagne. Donc typiquement Ben le modèle, enfin le côté personne, environnement, occupation, la manière dont on perçoit une personne en activité, et cetera, c'est des stratégies qu'on va fournir aux parents quand on utilise l'OPC. Donc je dirais que la spécificité de l'ergo qui utilise du coaching, c'est quand même déjà de toujours rester focalisé sur l'occupation et de pas se mettre à faire du coaching pour je sais pas moi. En ayant en tête que des éléments qui font pas partie de ce qu'on considère comme faisant partie de notre décret de compétences. Donc je dirais qu'il faut pas dépasser nos compétences propres d'ergo et puis garder en tête que le coaching on le met au service de notre processus d'intervention. Enfin, c'est important de considérer que le coaching ça reste une stratégie, un outil, un moyen, mais que le raisonnement clinique de ergo il disparaît pas quoi.

CK : D'accord, oui, c'est vrai, le coaching ne fait pas partie de nos compétences ergo. Ça, c'est vrai, je suis d'accord. Euh mais ça peut être une approche d'intervention, c'est ça. Alors quel élément vous

semblez essentiel pour que l'OPC soit efficace dans la recherche d'une meilleure performance occupationnelle ?

E1: Bah je resterai sur l'engagement, l'investissement des parents, le respect aussi de la mesure de fidélité d'OPC parce que c'est une approche qui est quand même très exigeante dans son utilisation. Et pour moi OPC c'est pas du coaching, c'est du coaching spécifique alors. Enfin, c'est une approche de coaching qui est spécifique, qui relève de certaines conditions d'application. Et donc je dirais que son efficacité, ça dépend aussi de la manière dont on l'utilise, de son niveau de formation, de son expérience avec cette approche-là parce que c'est une approche qui est très exigeante dans son application. Et après, je dirais aussi qu'il faut que les objectifs fassent sens pour tout le monde. Alors, C'est un des prérequis aussi dans l'OPC c'est qu'on cherche à aller jusqu'au bout de la significativité de l'objectif pour la personne donc pourquoi elle tient à améliorer sa performance occupationnelle dans ce point-là, et donc voilà la formalisation de l'objectif, l'identification de l'objectif, c'est aussi un prérequis à mon avis, à l'efficacité de nos interventions.

CK : Vous avez dit que le COACHING est très exigeant, pourquoi ?

E1: Je disais que l'OPC était très exigeant effectivement dans son application, parce que dans la posture qu'on doit prendre en tant qu'ergo, c'est une posture très particulière par rapport à celle qu'on peut avoir par ailleurs dans d'autres approches d'intervention, par rapport à celle qui est enseignée en formation initiale par exemple et parce que y a vraiment toute une série de techniques et de stratégies qu'il faut maîtriser pour utiliser l'OPC y a des paliers, y a un niveau de vocabulaire, un niveau de formalisation des questions, un respect des temps de silence. Y a plein d'éléments qui sont vraiment très, très importants à mettre en œuvre. Et pareil c'est pas de la guidance parentale, c'est à dire que dans l'OPC on exerce pas un pouvoir sur une domination sur la personne qu'on accompagne et c'est elle qui est maîtresse de son processus de résolution de problèmes, donc il y a toute un changement de paradigme dans la pratique qui est à mon avis assez exigeant. Je sais pas aujourd'hui dans la formation initiale des ergo à quel point c'est intégré, mais je pense qu'OPC ça reste un ovni. Pour l'instant passe quelque chose de très particulier dans l'usage et que quand on fait OPC, on a une posture très particulière.

CK : OK. Alors, passant à un autre thème, sur la fréquence et critères d'utilisation du coaching pour accompagner les parents pouvez-vous décrire la fréquence à laquelle vous recourez au coaching pour accompagner les parents d'enfants atteints de TDC ?

E1: Durée d'intervention pour un enfant ? C'est ça qui est demandé ? La fréquence à laquelle j'utilise l'OPC dans ma pratique avec les enfants TDC, c'est ça la question ?

CK : Oui. Ouais, ouais.

E1: Franchement je sais pas parce que pour moi ça fait comme je disais toute à l'heure, c'est une approche d'intervention et je n'ai pas de pratique exclusive, je me dis pas je vais utiliser que l'OPC avec cette famille ou que CO-OP avec cet enfant. Parfois ça s'additionne, parfois il y en a une qui suffit, et cetera. Donc c'est assez compliqué pour moi de répondre à cette question. Hum, Et puis toutes les

personnes avec qui j'utilise OPC sont pas tous atteints de TDC donc je franchement je le saurai pas répondre en termes de fréquence d'utilisation je le saurai pas.

CK : Ok, pas de soucis. Bah quelle situation ou difficulté spécifique chez les parents vous incite à utiliser le coaching ?

E1: Bah comme je disais tout à l'heure, la première question, je crois dès que ça touche un peu à des occupations qui touchent à l'intimité. Je trouve que c'est une approche qui est d'autant plus pertinente parce que ça évite de passer par la pratique, par l'observation, et cetera. Donc typiquement bah tout ce qui concerne la toilette. Tout ce qui concerne aller aux toilettes, s'essuyer et cetera. Je pense que c'est des bonnes occupations pour utiliser OPC. Et après quand les parents ils ont envie de prendre cette place-là quoi. Enfin pour moi c'est aussi un bon argument pour aller vers cette approche quand les parents ils veulent. Trouver même des stratégies, mettre en place par eux même des choses, je trouve que c'est important de les valoriser et c'est important de s'appuyer là-dessus. Je sais pas si j'ai répondu à la question.

CK : Oui, oui, d'ailleurs comment décidez-vous déjà d'intégrer le coaching dans votre intervention avec les familles ? C'est comment ? Même si c'est mélangé avec d'autres stratégies ou quoi que ce soit ? Mais comment vous décidez ?

E1: Bah on le décide au moment où on construit le projet d'intervention, c'est à dire que à ce moment-là quand on a défini ensemble les objectifs. On va commencer à discuter de comment on va atteindre les objectifs et à ce moment-là effectivement, on peut choisir de dire Bah pour cet objectif, on va travailler davantage les parents et moi pour celui-ci, davantage d'enfants et moi et donc c'est à ce moment-là qu'on va définir que on part sur cette approche-là. Mais c'est plutôt des choix conformes en concertation. Enfin moi c'est comme ça que je veux travailler. Donc c'est avec eux qu'on choisit de partir sur cette optique-là.

CK : Avec les parents ou les enfants ou les deux ?

E1: Les deux.

CK : D'accord, OK. Pouvez-vous partager un exemple où le coaching parental a été particulièrement utile pour soutenir les parents dans la gestion des soins personnels de leurs enfants? Quel que soit l'habillage, l'hygiène, l'alimentation.

E1: Ouais bah je vais prendre un exemple, je pense à une petite fille qui a été accompagnée, qui a un diagnostic de TDC et qui avait des difficultés au moment du repas pour utiliser ses couverts et cetera. Du coup sur donc elle a des difficultés selon ses parents pour utiliser ses couverts et pour couper sa viande et cetera, donc pour manger à table. Et en fait, c'est une petite fille pour qui c'est pas du tout une priorité d'utiliser ses couverts, elle trouve que il y a pas de problème au moment du repas, et cetera. Et donc c'est ça fait pas vraiment sens pour elle de travailler ça en séance d'ergo. Par contre, c'est très important pour ses parents qu'elle se tienne différemment à table, que elle utilise bien ses couverts, que ça soit facile pour elle de utiliser son couteau. Et donc on a décidé ensemble de comme c'était pas un objectif pour elle mais plutôt pour les parents. On a décidé ensemble que ça serait quelque chose qu'on

travaillerait avec l'OPC. Donc ça a permis, notamment grâce à l'OPC, de discuter avec la famille de ce à quoi devait ressembler un repas qui se passait, qui allait bien se passer, dans lequel la petite fille allait bien utiliser ses couverts, ça a permis à la famille de se rendre compte aussi que ils étaient peut-être un peu trop exigeants avec elle sur la tenue des couverts, notamment sur le fait qu'il fallait se tenir parfaitement à table, et cetera, et que par rapport à ses capacités, par rapport à son trouble, et cetera, il y avait peut-être des choses qui étaient à ce jour en tout cas, trop difficile à atteindre. Donc eux, grâce à leur analyse, ils ont réussi à se positionner un peu différemment, je trouve qu'ils ont essayé aussi de mettre en place des stratégies directement au moment du repas, donc ils ont changé leurs consignes. Ils ont suggéré une manière d'utiliser les couverts sur un temps spécifique du repas. Ils vont apporter de la progressivité dans leur stratégie. Et ça leur a permis, au-delà du repas, de se positionner aussi différemment dans des situations d'apprentissage avec leur fille, puisque tout ce qu'ils avaient mis en place grâce à l'OPC au moment du repas, ils ont utilisé. Ils ont utilisé beaucoup de ces stratégies là pour d'autres moments de la journée ou pour d'autres défis qui étaient rentrés par la petite fille. Donc voilà, ça leur a permis d'améliorer directement la performance de cette petite fille au moment du repas, mais aussi d'améliorer leur manière de l'accompagner à d'autres moments de la journée.

CK : D'accord, Donc il y a un impact du coaching sur la performance occupationnelle des enfants, c'est ça ?

E1: On dirait globalement oui, je dirais même que l'impact, il est certainement autour de la performance occupationnelle, mais aussi au-delà de ça, du sentiment de compétence parentale, de enfin voilà, y a d'autres choses aussi qu'il faut pas négliger. Voilà

CK : D'accord. En quoi l'OPC est-il pertinent spécifiquement pour les ergo ? Est-ce que l'OPC c'est spécifique, ergo, ou il y a quand même d'autres professionnels qui peuvent l'utiliser si vous connaissez ?

E1: OPC, c'est pas du tout une formation spécifique ERGO hein. C'est ouvert à d'autres professionnels, il y a des orthophonistes qui s'y forment. Enfin il y a, c'est une approche de coaching centrée sur les occupations, mais bizarrement elle est là qui est une formation qui est fournie à d'autres professionnels.

CK : D'accord.

E1: J'ai quand même du mal à concevoir que d'autres professionnels pourraient l'utiliser pleinement comme un ergo puisque beaucoup de la théorie d'OPC est basée sur des modèles de pratiques et des cadres théoriques qui sont ergo. Alors il y a la CIF qui est utilisée, c'est pas spécifique ergo, mais au-delà de la CIF, on a des modèles comme le PEO qui sont utilisés des concepts très forts en ergothérapie, qui ont permis de créer OPC. Mais c'est vrai que c'est pas une approche qui est spécifique, ergo, et qui se veut un peu transversale je crois, en tout cas dans sa création initiale.

CK : Hum, d'accord. Et quelle est la différence d'utilisation par des autres professionnels déjà ?

E1: Ouais franchement je saurais pas dire comment les autres professionnels utilisent OPC. Je pense qu'ils utilisent probablement pour des objectifs qui sont moins centrés sur les occupations que ce que nous on pourrait faire, mais j'ai aucune idée de comment les autres professionnels utilisent OPC.

CK : D'accord, bien entendu. Selon vous, quel avantage l'OPC offre-t-il aux ergothérapeutes par rapport aux méthodes de coaching employées par les autres disciplines?

E1: Ouais franchement je trouve que l'avantage d'OPC c'est sa structure, son processus, sa mesure de fidélité qui permet d'avoir une approche qui est quand même relativement cadrée, qui ne part pas dans tous les sens, dans lequel le processus. Enfin le raisonnement ergo il est quand même il continue d'être valorisé. Donc Pour moi, les avantages c'est ça après. Donc je dirais que dans la pratique les avantages aussi d'utiliser OPC en tant qu'ergo c'est peut-être d'avoir un nombre de séances, une fréquence d'intervention qui est moins importante que sur des approches de rééducation classique dans le TDC, où on va prendre plus de temps peut-être pour atteindre les mêmes objectifs, ou en tout cas on va passer plus de temps avec l'enfant là où on est avec là dans l'OPC on peut faire des séances avec la famille et déjà percevoir des changements quoi.

CK : D'accord, Très bien. Juste avant de conclure, souhaitez-vous ajouter quelque chose ou aborder un point qui n'a pas été encore évoqué ? On a quand même beaucoup parlé de la famille et de l'enfant.

E1: Non, je dirais juste qu'il faut être attentif à pas confondre les approches de coaching avec OPC, puisque OPC enfin c'est pas. Hum c'est une approche de coaching et spécifique particulière. Je pense que toutes les approches de coaching ne sont pas OPC.

CK : Ouais.

E1: Que faire OPC ? Ça veut dire quand même encore une fois s'imposer de respecter la mesure de fidélité et c'est pas une chose facile, c'est assez complexe. Quand il y a donc une limite importante à son usage, c'est le niveau de formation initial qui est à mon avis nécessaire. Et puis l'expérience du clinicien dans l'usage de cette approche-là. Moi ça fait plusieurs années que je l'utilisais. J'ai toujours pas l'impression de maîtriser OPC jusqu'au bout donc c'est quelque chose à mon avis d'important à prendre en considération.

CK : D'accord, je vois, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé pour cet échange. Mon mémoire de recherche a comme problématique, comment l'ergothérapeute favorise-t-il la participation des parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de TDC pour développer leur indépendance dans la réalisation des soins personnels ? Et j'ai mis comme hypothèse l'utilisation de l'OPC par l'ergothérapeute auprès des parents améliore la performance occupationnelle de ces enfants-là dans la réalisation des soins personnels. Voilà ! et si cela vous intéresse, je peux vous le transmettre par mail dès qu'il se termine. Et voilà, merci beaucoup.

E1: Avec plaisir ! Bonne soirée, bonne continuation, au revoir.

CK : Bonne soirée, au revoir.

**Annexe 6: Des exemples cliniques illustrant les effets de l'OPC sur la performance
occupationnelle dans les soins personnels des enfants atteints de TDC.**

E1

Alimentation:

« Je pense à une petite fille diagnostiquée TDC et qui avait des difficultés au moment du repas pour utiliser ses couverts... c'est pas un objectif pour elle mais plutôt pour les parents. On a décidé ensemble que ça serait quelque chose qu'on travaillerait avec l'OPC. »

« Ça a permis de discuter avec la famille de ce à quoi devait ressembler un repas qui allait bien se passer, dans lequel la petite fille allait bien utiliser ses couverts... ils ont changé leurs consignes, suggéré une manière d'utiliser les couverts sur un temps spécifique du repas, apporter de la progressivité. »

« Les parents ont utilisé beaucoup de ces stratégies pour d'autres moments de la journée ou d'autres défis. Donc voilà, ça leur a permis d'améliorer directement la performance de cette petite fille au moment du repas, mais aussi d'améliorer leur manière de l'accompagner à d'autres moments de la journée. »

E2

Habillage :

« Ben je pourrais citer un enfant atteint de TDC qui n'arrivait, pas du tout à s'habiller et puis. Bah du coup avec le parent on a pu échanger, voir comment elle pourrait aménager l'environnement pour que ça soit plus facile, plus aidant pour la personne. Et puis à force de un ou 2 même voilà pas beaucoup 2- 3 entretiens le au fur et à mesure plus mettre en place par lui-même des changements qui ont été bénéfiques à l'enfant. »

E3

Habillage:

« Oui bah là il y a une jeune fille TDC, c'était le fait qu'on voulait qu'elle soit capable de s'habiller seule le soir, le matin. Et donc elle a identifié que, en gros hein, mais parce qu'on a beaucoup discuté... mais pour résumer, on a identifié que quand elle avait choisi ses vêtements, donc elle était beaucoup plus impliquée. Et parce que s'habiller seule, ça lui demande des efforts, et que donc parfois le matin, pendant la semaine, bah elle était fatiguée, elle avait pas envie. Et quand on est motivé, quand on n'est pas motivé, que ça nous demande des efforts, bah c'est plus difficile de faire, de s'engager dans une activité hein. Voilà. Donc bah ça c'était renforcé par la situation. Et donc sa maman me racontait que ça fonctionnait, elle arrivait à super bien s'habiller toute seule sans qu'elle lui demande, et cetera, quand par exemple il fallait se déguiser ou s'habiller pour un événement particulier. [...] Et donc de là, en discutant, elle a voulu, elle a eu l'idée de se dire : "bah tiens, peut-être qu'on pourrait préparer la veille les vêtements ensemble et qu'elle choisisse ses vêtements." Et que le fait qu'elle choisisse, bah ça l'implique. Et que donc bah c'était plus motivant pour elle le matin. Et en plus, c'était un gain de temps parce que ça voulait dire que les vêtements étaient déjà prêts et tout ça. Enfin voilà. »

Figure 3 : Exemples cliniques illustrant les effets de l'OPC sur la performance occupationnelle dans les soins personnels des enfants atteints de TDC.

Analyse des résultats à partir des exemples cliniques ci-dessus :

Le premier exemple qui parle sur l'amélioration de l'alimentation grâce à l'OPC, E1 rapporte le cas d'une petite fille ayant des difficultés à utiliser ses couverts, où l'objectif venait des parents et non de l'enfant. L'OPC a permis une co-construction de solutions ; les consignes ont été ajustées, des stratégies ont été mises en place progressivement, et la famille a réfléchi ensemble à un contexte de repas favorable. Cette approche centrée sur les parents a non seulement amélioré la performance de l'enfant durant les repas, mais a également généré un effet de transfert vers d'autres moments de la journée.

Le deuxième exemple qui parle sur l'aménagement de l'environnement pour l'habillage, où E2 évoque un enfant qui ne parvenait pas à s'habiller seul. Par le biais de quelques entretiens OPC, le parent a été accompagné dans une réflexion sur l'environnement (accessibilité, rangement, supports visuels...), ce qui a facilité l'autonomie de l'enfant. Cette amélioration est décrite comme progressive mais significative : « *au fur et à mesure, [la maman a pu] mettre en place par elle-même des changements qui ont été bénéfiques à l'enfant* ». Cela illustre bien le rôle empowerment de l'OPC, qui met le parent en position d'acteur.

Le dernier exemple partagé par E3 concerne l'habillage et la motivation intrinsèque, qui met en lumière l'importance du sens donné à l'occupation. Une jeune fille, peu motivée à s'habiller seule le matin, a montré plus d'engagement lorsqu'elle choisissait ses vêtements la veille. Ce changement, initié à la suite d'un travail de réflexion partagée avec le parent, a permis de rendre la tâche plus engageante. L'ergothérapeute E3 souligne ainsi un levier motivationnel : « *le fait qu'elle choisisse, ça l'implique [...] c'était plus motivant pour elle le matin* ». Ce cas illustre comment l'OPC agit sur les facteurs motivationnels, en renforçant l'engagement de l'enfant grâce à une adaptation conjointe de la routine familiale.

Après avoir partagé leurs exemples concrets, l'ensemble des ergothérapeutes interrogés E1, E2, et E3 s'accordent sur l'efficacité de l'OPC pour améliorer la performance occupationnelle dans les soins personnels chez les enfants atteints de TDC. Ils soulignent que cette approche agit à plusieurs niveaux complémentaires : adaptation de l'environnement, renforcement de la motivation de l'enfant, mobilisation de stratégies parentales efficaces, et co-construction de solutions concrètes. En revanche, tous insistent sur la spécificité de l'OPC comme approche centrée sur la famille et l'occupation, et considèrent que son efficacité repose sur l'implication active des parents, ce qui favorise une meilleure durabilité des changements dans la vie quotidienne de l'enfant.

Cette étude qualitative explore comment les ergothérapeutes utilisent l'Occupational Performance Coaching (OPC) pour favoriser l'implication parentale dans les soins personnels d'enfants âgés de 5 à 11 ans atteints de trouble développemental de la coordination (TDC). Ce trouble neurodéveloppemental altère les habiletés motrices et compromet l'autonomie dans des activités telles que l'habillage, l'alimentation ou l'hygiène. Trois ergothérapeutes exerçant en libéral et formés à l'OPC ont été interrogés à travers des entretiens semi-directifs. L'analyse thématique a mis en évidence plusieurs résultats clés : l'OPC est perçu comme une approche distincte, centrée sur le coaching non directif et collaboratif ; l'empowerment parental facilite la résolution de problèmes et renforce la confiance des parents dans leur rôle ; les stratégies élaborées sont souvent généralisées à d'autres routines quotidiennes ; les enfants présentent des progrès concrets en autonomie et motivation ; enfin, des facteurs contextuels tels que la culture familiale ou la qualité de la relation thérapeute-parent influencent l'efficacité de l'OPC. Ces résultats soulignent la pertinence de l'OPC pour engager les parents comme partenaires actifs et améliorer durablement la performance occupationnelle des enfants. Ce travail met en lumière l'importance de promouvoir des approches centrées sur la famille en ergothérapie pédiatrique.

Mots-clés : Trouble développemental de la coordination (TDC) – Ergothérapie – Coaching en performance occupationnelle (OPC) – Participation parentale – Soins personnels – Performance occupationnelle.

Abstract

This qualitative study explores how occupational therapists use Occupational Performance Coaching (OPC) to foster parental involvement in personal care tasks for children aged 5 to 11 with Developmental Coordination Disorder (DCD). This neurodevelopmental condition affects motor coordination and hinders autonomy in key daily activities such as dressing, eating, and hygiene. Three occupational therapists working in private practice and trained in OPC were interviewed through semi-structured interviews. Thematic analysis revealed several key findings: OPC is perceived as a distinct approach, characterized by non-directive and collaborative coaching; parental empowerment enhances problem-solving and increases parents' confidence in supporting their child's care; co-constructed strategies are often generalized to other daily routines; children demonstrate tangible progress in autonomy and motivation; and contextual factors such as family culture and the quality of the parent-therapist relationship influence OPC's effectiveness. These findings highlight the value of OPC in engaging parents as active partners and fostering sustainable improvements in children's occupational performance. This research underscores the importance of family-centered approaches in pediatric occupational therapy.

Keywords: Developmental Coordination Disorder (DCD) – Occupational Therapy – Occupational Performance Coaching (OPC) – Parental Involvement – Personal Care – Occupational Performance.